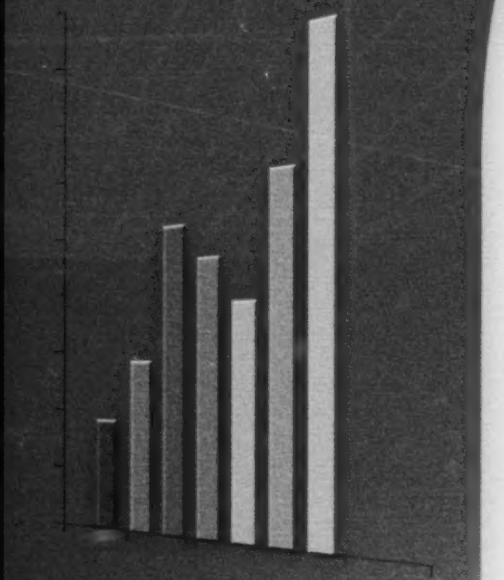
INSTITUT
DE LA STATISTIQUE
DU QUÉBEC

www.stat.gouv.qc.ca

SANTÉ



L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2014-2015 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois

Résultats de la deuxième édition

Québec

Pour tout renseignement concernant l'ISQ
et les données statistiques dont il dispose,
s'adresser à :

Institut de la statistique du Québec
200, chemin Sainte-Foy
Québec (Québec)
G1R 5T4
Téléphone : 418 691-2401

ou

Téléphone : 1 800 463-4090
(sans frais d'appel au Canada et aux États-Unis)

Site Web : www.stat.gouv.qc.ca

Ce document est disponible seulement
en version électronique.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives Canada
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
4e trimestre 2016
ISBN 978-2-550-76838-8 (PDF)

© Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec, 2016

Toute reproduction autre qu'à des fins de consultation personnelle
est interdite sans l'autorisation du gouvernement du Québec.
www.stat.gouv.qc.ca/droits_auteur.htm.

Octobre 2016

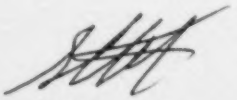
AVANT-PROPOS

Les enquêtes portant sur la santé et le bien-être permettent de documenter divers aspects essentiels qui ne peuvent être couverts par d'autres sources de données, par exemple la pratique de l'activité physique, la consommation de drogues ou la détresse psychologique, ou de documenter de nouveaux enjeux de santé publique, comme la consommation de boissons sucrées et énergisantes. Il y a plus de 10 ans, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et l'Institut de la statistique du Québec (Institut) ont développé un programme d'enquêtes afin de répondre aux besoins d'information jugés prioritaires par le MSSS et son réseau. Parmi celles-ci, l'*Enquête québécoise sur la santé de la population* en est à sa deuxième édition, réalisée en 2014-2015 auprès des Québécois de 15 ans et plus vivant dans un logement non institutionnel.

L'Institut tient à remercier tout particulièrement les personnes (plus de 45 000), réparties dans 17 régions sociosanitaires, qui ont participé à l'enquête, en prenant de leur temps pour répondre au questionnaire, soit par téléphone, soit par Internet. Les renseignements recueillis sont précieux : ils permettent de disposer de données fiables et objectives à l'échelle provinciale, régionale et locale pour le suivi de l'état de santé de la population québécoise et la planification sociosanitaire. L'Institut désire également remercier ses partenaires du MSSS et du réseau de la santé publique pour leur étroite collaboration tout au long du projet.

Cette publication présente les principaux résultats de l'enquête à l'échelle provinciale. Elle couvre un large éventail de thématiques et permet d'enrichir les connaissances en ce qui a trait aux habitudes de vie et aux comportements préventifs ou à risque, à l'état de santé physique et mentale, à la santé environnementale et à la santé au travail des Québécois. En outre, le présent rapport permet de suivre l'évolution de certains indicateurs depuis la première édition de l'enquête menée en 2008, et ainsi de prendre la mesure des progrès ou des reculs en matière de santé. Tout en étant utiles à l'élaboration, à l'amélioration et au suivi des programmes, ces données permettront d'informer les Québécois de leur état de santé et d'alimenter les réflexions visant à améliorer celui-ci.

Le directeur général,



Stéphane Mercier

Produire une information statistique pertinente, fiable et objective, comparable, actuelle, intelligible et accessible, c'est là l'engagement « ***qualité*** *»* de l'Institut de la statistique du Québec.

Cette publication a été réalisée par :

Hélène Camirand, Issouf Traoré et Jimmy Baulne
Institut de la statistique du Québec

Avec la collaboration de :

Robert Courtemanche
Institut de la statistique du Québec

Avec l'assistance technique de :

Issouf Traoré, traitement des données
Kate Dupont, vérification des chiffres
Institut de la statistique du Québec

Sous la coordination de :

Mikaël Berthelot
Institut de la statistique du Québec

Ont assuré la révision et l'édition :

Danielle Laplante, coordination de l'édition
Nicole Descroisselles, révision linguistique
Anne-Marie Roy, mise en page
Institut de la statistique du Québec

Enquête financée par :

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
Institut de la statistique du Québec

Pour tout renseignement concernant
le contenu de cette publication :

Direction des statistiques de santé

Institut de la statistique du Québec
1200, avenue McGill College, bureau 500
Montréal (Québec) H3B 4J8

Téléphone : 514 873-4749
ou
1 800 463-4090
(sans frais d'appel au Canada
et aux États-Unis)

Télécopieur : 514 864-9919

Site Web : www.stat.gouv.qc.ca

Citation suggérée

CAMIRAND, Hélène, Issouf TRAORÉ et Jimmy BAULNE (2016). *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2014-2015 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois. Résultats de la deuxième édition*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 208 p.

Avertissements

- En raison de l'arrondissement des données, le total ne correspond pas nécessairement à la somme des parties.
- Afin de faciliter la lecture des résultats, les proportions de 5 % et plus sont arrondies à l'unité dans le texte.
- Les proportions dont la décimale est ,5 ont été arrondies à l'unité inférieure ou supérieure selon la seconde décimale. Par exemple, la proportion 20,47 % est arrondie à 20 %, alors que la proportion 20,53 % l'est à 21 %. Les arrondissements des proportions se terminant par ,5 dans les tableaux et figures varient donc dans le texte.

Signes conventionnels

x	Donnée confidentielle.
...	N'ayant pas lieu de figurer.
*	Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.
**	Coefficient de variation supérieur à 25 % ; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Note : Le genre masculin a été utilisé dans le but d'alléger le texte.

REMERCIEMENTS

La réalisation de la deuxième édition de l'*Enquête québécoise sur la santé de la population* a nécessité l'engagement et l'expertise d'un grand nombre de personnes de l'Institut et d'autres organisations. Nous avons pu compter sur la collaboration de ces personnes à l'une ou l'autre des étapes du projet. Nous adressons d'abord nos sincères remerciements aux membres du comité d'orientation de projet (COP) provenant de ces autres organisations pour leur participation aux nombreuses rencontres et leur apport précieux à l'élaboration du questionnaire et du plan d'analyse. Nous voulons également souligner la contribution de plusieurs d'entre eux en tant que membres du comité de lecture ou en tant que relecteurs de certains chapitres en lien avec leur domaine d'expertise; leurs commentaires nous ont permis d'améliorer la présentation des résultats du rapport. Le COP est composé des personnes suivantes:

- Julie Soucy (coprésidente), Service de la surveillance de l'état de santé, Ministère de la Santé et des Services sociaux (membre du comité de lecture);
- Sylvie Bernier, Direction de santé publique, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (membre du comité de lecture);
- Magalie Canuel, Direction de la santé environnementale et de la toxicologie, Institut national de santé publique du Québec (relecture de certains chapitres);
- Annick Des Cormiers, Service de la surveillance de l'état de santé, Ministère de la Santé et des Services sociaux (membre du comité de lecture);
- Louis-Robert Frigault, Direction de santé publique, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal;
- Amélie Funès, Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec (relecture de certains chapitres);
- Denis Hamel, Direction adjointe au développement, au soutien méthodologique et à l'assurance-qualité, Institut national de santé publique du Québec;
- Mathieu Langlois, Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec (membre du comité de lecture);
- Pascale Leclerc, Direction de santé publique, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (relecture de certains chapitres);
- Mélanie St-Onge, Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique du Québec.

Nous voulons également remercier Yves Therriault, de la Direction de santé publique du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord, pour sa participation au comité de lecture, ainsi que Bertrand Nolin et Mathieu Gagné de l'Institut national de santé publique du Québec pour leur relecture de certains chapitres en lien avec leur domaine d'expertise.

Nous tenons aussi à exprimer notre reconnaissance envers l'équipe de professionnels et de techniciens au sein de l'Institut dont la rigueur et la compétence ont permis d'atteindre les objectifs fixés. Nos remerciements chaleureux vont particulièrement à Charles Alleyn, Sophie Bérubé, Samuel Couture, Mélanie Gagnon, Caroline Leduc, Joëlle Poulin et Marie-Eve Saint-Amand de la Direction des stratégies et des opérations de collecte ; à Jimmy Baulne (membre du COP), Robert Courtemanche (membre du COP et du comité de lecture) et Valérie Roy de la Direction de la méthodologie et de la qualité ; à Hélène Camirand (membre du COP), Kate Dupont, Katrina Joubert, Lucille Pica (membre du COP) et Issouf Traoré de la Direction des statistiques de santé ; à Nicole Descroisselles, Danielle Laplante et Anne-Marie Roy de la Direction des communications ; ainsi qu'à Valeriu Dumitru de la Direction des enquêtes longitudinales et sociales. Nous souhaitons également souligner l'excellent travail accompli par les intervieweurs de l'ISQ qui, par leur engagement, ont assuré le bon déroulement de la collecte.

Enfin, nous remercions Patricia Caris, directrice générale adjointe aux statistiques sociales, à la méthodologie et à la collecte, et Ghyslaine Neill, directrice des statistiques de santé, pour le soutien apporté à l'équipe de projet et pour leurs précieux commentaires sur le rapport.

Mikaël Berthelot
Coprésident du comité d'orientation de projet
Institut de la statistique du Québec

TABLE DES MATIÈRES

13 Introduction

15 Chapitre 1 Aspects méthodologiques

16 1.1 Plan d'échantillonnage

19 1.2 Collecte des données

21 1.3 Traitement des données

24 1.4 Analyse, précision et tests statistiques

26 1.5 Présentation des résultats

28 1.6 Portée et limites

35 Partie 1 Habitudes de vie et comportements

37 Chapitre 2 Activité physique de loisir et de transport

43 Chapitre 3 Santé et hygiène buccodentaire

43 3.1 Édentation

45 3.2 Brossage des dents

47 3.3 Utilisation de la soie dentaire

49 3.4 Perception de la santé buccodentaire

53 Chapitre 4 Consommation de boissons sucrées et énergisantes

54 4.1 Consommation quotidienne de boissons sucrées

57 4.2 Fréquence de consommation habituelle de boissons gazeuses

61 Chapitre 5 Statut pondéral, image corporelle et utilisation des produits, services ou moyens amaigrissants

62 5.1 Statut pondéral

66 5.2 Perception à l'égard de son poids

68 5.3 Principale action entreprise concernant son poids

70 5.4 Recours à des méthodes pour perdre du poids ou maintenir son poids

81 Chapitre 6 Statut de fumeur de cigarette

87 Chapitre 7 Consommation de drogues

95 Chapitre 8 Comportements sexuels, infections transmises sexuellement et usage de la contraception

95 8.1 Comportements sexuels

97 8.2 Utilisation du condom

100 8.3 Infections transmises sexuellement

102 8.4 Usage de la contraception

107 Chapitre 9 Contraception hormonale combinée chez les fumeuses

111 Chapitre 10 Examens médicaux préventifs

112 10.1 Prise de tension artérielle lors de la dernière consultation médicale

113 10.2 Passation du test de Pap chez les femmes de 18 à 69 ans

117 Partie 2 État de santé physique et mentale

119 Chapitre 11 Blessures

119 11.1 Blessures attribuables à des mouvements répétitifs

122 11.2 Blessures non intentionnelles

125 11.3 Blessures causées par une chute chez les personnes de 65 ans et plus

129 Chapitre 12 Perception de l'état de santé

135 Chapitre 13 Santé mentale

135 13.1 Satisfaction à l'égard de sa vie sociale

139 13.2 Échelle de détresse psychologique

142 13.3 Idées suicidaires et tentatives de suicide

147 Partie 3 Santé environnementale

149 Chapitre 14 Bruits dans l'environnement

150 14.1 Dérangement à domicile créé par le bruit ambiant

152 14.2 Perturbation du sommeil par le bruit

157 Chapitre 15 Rhinite allergique

157 15.1 Symptômes de la rhinite allergique

159 15.2 Diagnostic de rhinite allergique

160 15.3 Prévalence combinée de la rhinite allergique

163 Partie 4 Santé au travail

165 Chapitre 16 Caractéristiques de la population des travailleurs

169 Chapitre 17 Conciliation travail-famille

173 Chapitre 18 Harcèlement psychologique au travail

177 Chapitre 19 Détresse psychologique au travail

181 Chapitre 20 Contraintes physiques en milieu de travail

185 Chapitre 21 Troubles musculosquelettiques d'origine non traumatique liés au travail

189 Chapitre 22 Surdité attribuable au travail dans la population

191 En guise de conclusion

205 Annexe Caractéristiques de la population

INTRODUCTION

L'Institut de la statistique du Québec (ISQ) a réalisé en 2014-2015, à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), la deuxième édition de l'*Enquête québécoise sur la santé de la population* (EQSP). L'EQSP 2014-2015 est une enquête transversale, à portée régionale et locale, qui vise à recueillir des renseignements sur les habitudes de vie, l'état de santé physique et mentale et certains déterminants de la santé de la population québécoise de 15 ans et plus. La première édition de l'enquête a été réalisée en 2008.

L'EQSP s'inscrit dans le cadre de l'application de la Loi sur la santé publique qui prescrit la réalisation d'enquêtes sociosanitaires auprès de la population afin d'obtenir, de manière récurrente, les renseignements nécessaires à la fonction de surveillance continue de l'état de santé de la population, fonction essentielle de la santé publique. La Loi précise que les enquêtes nationales sont confiées à l'ISQ qui les exécute en conformité avec les objectifs établis par le ministre, à la suite de la consultation des directeurs régionaux de santé publique.

L'EQSP découle du *Plan ministériel d'enquêtes sociales et de santé* (PMESS) qui permet de répondre aux besoins d'information du MSSS et du réseau de la santé et des services sociaux. L'objectif du PMESS est d'alimenter en données d'enquêtes le *Plan national de surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants* (PNS)[1] afin de pouvoir mesurer les indicateurs de santé et suivre leur évolution, et ce, afin d'éclairer la prise de décision liée au processus de planification sociosanitaire.

Les objectifs de l'enquête

L'EQSP 2014-2015 vise à dresser un portrait de santé de la population de 15 ans et plus et a, comme objectifs spécifiques, d'assurer :

- la représentativité des données à l'échelle régionale et locale ;
- la complémentarité avec les enquêtes fédérales pertinentes au chapitre de la surveillance de l'état de santé ;
- la couverture des besoins d'information prioritaires sur l'état de santé de la population et ses déterminants afin d'alimenter le PNS ;
- la couverture d'indicateurs de santé pour lesquels il existe peu ou pas de données ;
- le suivi de l'évolution de certains problèmes de santé et de leurs déterminants depuis la première édition en 2008 ;
- la mise à profit des données à des fins de planification sociosanitaire.

Le contenu de l'enquête

Des consultations ont été menées, au début de 2013, auprès du MSSS et de ses principaux partenaires du réseau de la santé afin que l'enquête réponde aux besoins d'information prioritaires. À la suite de ces consultations, le choix des thématiques et des questions à être abordées dans l'EQSP 2014-2015 a été fait en s'appuyant sur les travaux d'un comité d'orientation de projet, mis sur pied pour conseiller l'ISQ et le MSSS dans la réalisation de l'enquête.

La majorité des éléments du contenu de l'EQSP 2008 ont été conservés à des fins de comparabilité. Cependant, des modifications ont été apportées au questionnaire afin de mieux couvrir certaines thématiques ou d'ajouter de nouveaux thèmes ou indicateurs pertinents en matière de santé publique.

Les thématiques de l'EQSP 2008 qui ont été conservées dans la deuxième édition sont les suivantes :

- la perception de l'état de santé ;
- la rhinite allergique ;
- la prise de la tension artérielle ;
- le test de Pap ;

1. Le PNS est composé du *Plan commun de surveillance* (PCS) et du *Plan ministériel de surveillance multithématique* (PMSM).

- la santé et l'hygiène buccodentaire ;
- le statut pondéral, l'image corporelle et le recours aux produits, services ou moyens amaigrissants ;
- les contraintes organisationnelles et l'exposition à certaines contraintes physiques au travail ;
- les troubles musculosquelettiques chez les travailleurs ;
- la satisfaction à l'égard de sa vie sociale ;
- la détresse psychologique ;
- les idéations suicidaires et les tentatives de suicide ;
- l'usage de la cigarette ;
- la consommation de drogues ;
- la contraception et la prévention des infections transmissibles sexuellement ;
- la contraception hormonale combinée chez les fumeuses.

Pour répondre à de nouveaux besoins, le module sur les blessures a été revu, le module sur la santé au travail a été élargi et certaines thématiques ont été ajoutées, soit :

- l'activité physique de loisir et de transport ;
- la consommation de boissons sucrées et énergisantes ;
- le dérangement créé par le bruit ambiant ;
- les troubles de l'audition liés au travail.

Enfin, le module portant sur le développement socio-émotionnel des enfants âgés de 3 à 14 ans n'a pas été conservé dans la deuxième édition.

Un rapport à l'échelle du Québec

Le rapport vise à présenter les principaux résultats de l'EQSP 2014-2015 qui concernent les personnes de 15 ans et plus vivant dans un logement non institutionnel. Tout en permettant de mieux connaître l'état de santé des Québécois, cette publication illustre, à l'échelle du Québec, le potentiel des données de l'enquête. Elle couvre toutes les thématiques abordées dans l'enquête et propose des analyses descriptives et succinctes qui, pour la plupart, pourront être reprises à l'échelle régionale et locale.

Tous les indicateurs retenus ont fait l'objet d'analyses de base selon un nombre limité de variables de croisement, soit le sexe, l'âge et, en général, quatre caractéristiques incontournables que sont la scolarité, le revenu, la composition du ménage et l'occupation principale. Ces caractéristiques sont présentées en annexe du rapport. D'autres variables de croisement pertinentes pouvaient s'ajouter. Pour certains indicateurs, des analyses comparatives avec les données de l'EQSP 2008 ont été menées afin de suivre l'évolution des phénomènes. Ainsi, après une brève mise en contexte du thème à partir de la littérature, chaque chapitre présente les indicateurs retenus pour traiter de celui-ci (Que mesure-t-on ?), les principaux résultats (Que disent les résultats ?) et les faits saillants (À retenir).

Le premier chapitre décrit les principaux aspects méthodologiques de l'enquête, alors que les chapitres qui suivent sont consacrés à la présentation des résultats dans 4 parties. La partie 1 couvre un ensemble d'habitudes de vie et de comportements préventifs ou à risque (activité physique, santé buccodentaire, consommation de boissons sucrées, statut pondéral et produits, services ou moyens amaigrissants, usage de la cigarette, consommation de drogues, comportements sexuels, infections transmissibles sexuellement et contraception, contraception hormonale combinée chez les fumeuses et examens médicaux préventifs). La partie 2 traite de l'état de santé physique et mentale (blessures, perception de l'état de santé et santé mentale), alors que la troisième partie s'attarde à la santé environnementale (bruits dans l'environnement et rhinite allergique). Enfin, la partie 4 aborde différentes problématiques en lien avec la santé au travail (conciliation travail-famille, harcèlement psychologique, détresse psychologique, contraintes physiques, troubles musculosquelettiques en lien avec le travail et surdité attribuable au travail). En guise de conclusion, nous présentons une synthèse des principaux résultats ainsi que quelques pistes de recherche qui permettraient d'enrichir la connaissance de l'état de santé des Québécois.

Chapitre 1

ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES

EN BREF

- La population visée par l'*Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015 (EQSP 2014-2015) est constituée de l'ensemble des personnes de 15 ans et plus vivant dans un logement non institutionnel au Québec, à l'exclusion des personnes résidant dans les réserves indiennes ou dans la région sociosanitaire du Nunavik (17).
- L'EQSP 2014-2015 a une portée tant provinciale que régionale et locale. Elle vise la diffusion de statistiques de bonne précision pour toute proportion de 2,8 % ou plus pour chacune des régions sociosanitaires (RSS) couvertes (17 régions) et de 11,5 % ou plus pour chacun des réseaux locaux de services (RLS) couverts (93 RLS).
- Les personnes participantes ont rempli un questionnaire, soit par téléphone, soit sur le Web. La durée moyenne du questionnaire téléphonique est d'un peu plus de 31 minutes. L'enquête s'est déroulée du 7 mai 2014 au 12 mai 2015.
- Au total, 45 760 personnes ont répondu à l'EQSP 2014-2015. Le taux de réponse global pondéré, principale mesure de la qualité des données, est de 61 %.
- L'échantillon de l'EQSP 2014-2015 a été divisé en deux groupes égaux : un volet A offrant au répondant le même mode de collecte qu'en 2008, soit de répondre au questionnaire par téléphone (collecte téléphonique seulement), et un volet B offrant au répondant la possibilité de répondre au questionnaire, soit sur le Web, soit par téléphone (collecte multimode). Cette approche a permis à l'ISQ de déterminer quels indicateurs étaient affectés par le changement de mode de collecte et d'en tenir compte dans les comparaisons.
- Dans le cas d'un indicateur affecté par le changement de mode de collecte, les comparaisons avec l'édition 2008 ont été effectuées en utilisant la partie comparable des deux éditions, soit le volet A de l'EQSP 2014-2015.
- Toutes les estimations présentées ont été pondérées afin de tenir compte, d'une part, du fait que certaines personnes avaient plus de chances d'être sélectionnées que d'autres et, d'autre part, de la non-réponse plus importante chez certains groupes d'individus. De plus, en raison des besoins de comparabilité avec l'édition 2008 de l'enquête et de l'impact possible du changement de mode de collecte entre les deux éditions, deux pondérations ont été requises pour l'analyse. Enfin, les poids d'autoamorçage associés à chacune des deux pondérations ont été utilisés aux fins de la production des estimations de précision et des tests statistiques, afin de tenir compte du plan de sondage.
- Dans ce rapport, seules des analyses bivariées ont été réalisées. L'ISQ a procédé à l'examen d'une association entre un indicateur et une variable de croisement à l'aide d'un test statistique d'indépendance du khi-deux. Dans le cas d'un résultat significatif, des tests de comparaison de proportions ont été produits. Tous les tests statistiques effectués au niveau provincial ont été faits au seuil de 1 %.

Afin de faire une utilisation adéquate des données et des résultats issus de l'*Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015 (EQSP 2014-2015), il importe de connaître la méthodologie d'enquête utilisée. En effet, le plan d'échantillonnage de l'enquête, les procédures de collecte et le traitement des données ont tous une incidence sur les estimations produites. La connaissance de ces éléments permettra à l'utilisateur des données d'en faire une analyse judicieuse, laquelle pourrait aider à l'élaboration d'actions appropriées et adaptées aux populations visées.

La première section de ce chapitre présente le plan d'échantillonnage de l'enquête alors que la seconde décrit brièvement les opérations de collecte des données. La troisième section fait une description des différentes étapes du traitement des données. La quatrième section porte sur l'analyse, la précision et les tests statistiques, tandis que les deux dernières sections présentent respectivement les normes de présentation des résultats et la portée et les limites des données de l'enquête.

1.1 Plan d'échantillonnage

Cette section présente la population visée, la base de sondage à partir de laquelle ont été sélectionnées les personnes admissibles à l'enquête, la méthode de sélection de celles-ci ainsi que la taille et la répartition de l'échantillon.

1.1.1 Population visée

La population visée par l'EQSP 2014-2015 est constituée de l'ensemble des personnes de 15 ans et plus vivant dans un logement non institutionnel au Québec. Cela comprend les personnes qui vivent dans un logement privé et celles qui vivent dans un logement collectif[1] non institutionnel (résidence pour personnes âgées, couvent, etc.). La région sociosanitaire des Terres-Cries-de-la-Baie-James (18), non couverte en 2008, est intégrée à l'édition 2014-2015.

Les personnes vivant dans un logement collectif institutionnel (hôpital, CHSLD, centre jeunesse, centre de réadaptation, prison, etc.) ainsi que celles résidant dans les réserves indiennes[2] ou dans la région sociosanitaire du Nunavik (17) ne font pas partie de la population visée par l'enquête.

On estime la population visée par l'EQSP 2014-2015 à 6 865 882, soit environ 98,8 % de l'ensemble de la population québécoise âgée de 15 ans et plus.

1.1.2 Base de sondage

Pour assurer une bonne représentativité des estimations à l'échelle provinciale, régionale et locale, l'ISQ a privilégié le Fichier d'inscription des personnes assurées (FIPA) détenu par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) comme base de sondage. Ce fichier présente plusieurs avantages : il permet notamment d'exclure la majeure partie des personnes non visées par l'enquête, tout en assurant une excellente couverture des individus ciblés ; il permet également la sélection d'individus en fonction de critères d'âge, de sexe et de répartition géographique ; finalement, il contient les renseignements nécessaires à l'établissement du contact avec les individus sélectionnés, soit leurs coordonnées géographiques et jusqu'à deux numéros de téléphone. Toutefois, le principal inconvénient du FIPA est lié à la qualité de la mise à jour des numéros de téléphone ; dans certains cas, les numéros sont inexacts ou même inexistants, ce qui complique le contact et la collecte auprès de la population échantillonnée.

Par ailleurs, la base de sondage peut comporter de la sous-couverture puisque certaines personnes admissibles à l'enquête ne font pas partie du FIPA, n'étant pas inscrites à la RAMQ. Il se peut également que la base compte quelques personnes non admissibles, par exemple celles n'ayant, au moment du tirage de l'échantillon, pas encore informé la RAMQ d'un déménagement hors Québec. Il est difficile de quantifier de manière précise la couverture nette de la base de sondage, étant donné

1. Selon le recensement (Statistique Canada), un ménage collectif est constitué d'une personne ou d'un groupe de personnes occupant un logement collectif et n'ayant pas de domicile habituel ailleurs au Canada. Dans l'EQSP 2014-2015, la population visée inclut les personnes vivant en ménage collectif non institutionnel et exclut celles qui sont dans un ménage collectif institutionnel.
2. Sauf bien sûr celles de la région sociosanitaire Terres-Cries-de-la-Baie-James visées par l'enquête 2014-2015.

que la taille de la population visée ne peut être établie de façon exacte. Les meilleures données disponibles ayant servi à estimer cette taille sont les estimations de population de 2014, produites par l'ISQ et ajustées pour l'exclusion des personnes en institution et de celles vivant dans des réserves indiennes. En comparant ces estimations avec la base de sondage, on peut avancer que la couverture de la population visée par le FIPA est d'au moins 94,3 %[3]. Ainsi, on peut conclure que l'inférence porte sur l'ensemble de la population visée par l'enquête.

1.1.3 Taille et répartition de l'échantillon

Rappelons qu'un des objectifs de l'enquête est de fournir des estimations à l'échelle de la province, des régions sociosanitaires (RSS)[4] et des réseaux locaux de services (RLS). Le plan de sondage a donc été construit de manière à :

- estimer une proportion de 2,8 % avec une bonne précision relative, c'est-à-dire un coefficient de variation[5] (CV) d'au plus 15 % dans chacune des RSS visées par l'enquête (sauf la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James, pour laquelle la proportion s'élève à 4,7 % en raison d'un nombre de répondants visé légèrement inférieur à celui des autres régions) ;
- estimer une proportion de 11,5 % avec un CV d'au plus 15 % dans chacun des 93 RLS visés par l'enquête[6].

Le nombre de répondants nécessaire pour atteindre les objectifs mentionnés précédemment a été fixé à 43 542, prévoyant un minimum de 1 700 répondants par région sociosanitaire[7] et de 380 par RLS. Cependant, à la demande de la direction de santé publique (DSP) de la Capitale-Nationale, un échantillon d'unités supplémentaires a été ajouté afin de lui permettre d'obtenir des estimations fiables pour certains regroupements de territoires de centres locaux de services communautaires (CLSC). Le nombre total de répondants attendu pour l'ensemble du Québec, en considérant l'échantillon supplémentaire pour la Capitale-Nationale, atteint donc 45 836. Pour atteindre cette cible et en tenant compte des taux de réponse et d'admissibilité attendus, un échantillon de plus de 77 000 personnes a été sélectionné.

Le tirage de l'échantillon s'est fait après une stratification de la base de sondage visant à assurer un certain contrôle de la composition de l'échantillon. Les strates sont formées du croisement entre le RLS (le CLSC pour la Capitale-Nationale), le groupe d'âge (15 à 24 ans, 25 à 44 ans, 45 à 64 ans, 65 à 74 ans, 75 ans et plus) et le sexe. Au total, il y avait 1 030 strates dans la base de sondage, certaines ayant été regroupées à la RAMQ pour des raisons de confidentialité.

En faisant des hypothèses quant aux taux de réponse et d'admissibilité[8], la taille d'échantillon initiale a pu être déterminée pour chacune des strates de l'enquête. Afin d'assurer une bonne couverture saisonnière, l'échantillon de chacune des strates a été réparti sur l'ensemble de la période de collecte, soit l'année au complet. Le tableau 1.1 présente la taille d'échantillon totale ainsi que le nombre de répondants attendu par région sociosanitaire.

---

3. Le pourcentage de couverture est probablement un peu plus élevé que 95 % puisque les estimations de population considérées dans le calcul incluent des personnes non visées par l'enquête, par exemple certains résidents non permanents qui ne sont pas couverts par le régime québécois d'assurance maladie.
4. Il est important de noter que le découpage territorial utilisé lors de la planification de l'enquête (stratégie d'échantillonnage, collecte, calcul des taux de réponse, etc.) correspond au découpage territorial selon la version M34-2014 (en vigueur avant le 1er avril 2015). Par contre, pour les analyses, il est essentiel d'utiliser le découpage actuel. C'est pourquoi les étapes subséquentes ont été réalisées en utilisant le découpage territorial actuel selon la table de correspondance des territoires 2014-2015 (en vigueur le 1er avril 2015). Ce découpage tient compte, entre autres, du déplacement de deux RLS de la région 16 vers la région 05 et de la nouvelle classification découlant de l'application de la Loi 10.
5. Pour plus de détails, voir la section 1.4.2.
6. Le découpage territorial selon la version M34-2014 contient en tout 93 RLS. Toutefois, à la demande des responsables de la direction de santé publique de la Côte-Nord, le RLS de la Haute-Côte-Nord - Manicouagan, qui est le résultat de la fusion des anciens RLS 901 et 902, a été séparé afin d'être traité selon l'ancien découpage. De plus, le RLS de Kawawachikamach a été exclu de la population visée par l'enquête puisqu'il n'est constitué que d'une seule réserve indienne. Cela fait un total de 93 RLS visés par l'enquête.
7. Sauf la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James, pour laquelle le nombre de répondants visé est légèrement inférieur à celui des autres régions, comme mentionné précédemment.
8. Les résultats de l'EQSP 2008 et de l'*Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011* ont été utilisés pour estimer des taux différenciés par RLS afin de déterminer la taille d'échantillon nécessaire pour chacune des strates.

1.1.4 Conserver la comparabilité des données

Au cours des dernières années, l'ISQ a réalisé plusieurs études concernant les effets d'une modification au plan d'échantillonnage et à la stratégie de collecte des données sur la comparabilité des données (Côté et autres, 2005; Plante et autres, 2010; Plante et Courtemanche, 2010; ISQ et DSP-ASSS de Montréal, 2012; Plante et autres, 2012; Plante et autres, 2014). D'une part, il est reconnu que certains indicateurs peuvent être influencés par le mode de collecte[9], c'est-à-dire que la réponse à une question peut différer pour un individu donné selon qu'il est interviewé en face-à-face ou par téléphone ou encore s'il répond de façon autoadministrée à un questionnaire électronique. D'autre part, il est possible que les répondants qui choisissent de remplir un questionnaire électronique aient des caractéristiques différentes des répondants qui choisissent de répondre au questionnaire téléphonique.

Ces études et leurs constats ont fait ressortir l'importance de tenir compte des problèmes de comparabilité lors des analyses de données. C'est pourquoi, étant donné l'implantation d'un mode de collecte multiple à partir de l'édition 2014-2015 de l'EQSP, l'ISQ a mis sur pied une stratégie d'échantillonnage permettant d'intégrer le multimode à l'enquête tout en conservant la comparabilité des données.

Pour ce faire, il a été décidé de séparer l'échantillon de l'EQSP 2014-2015 en deux parties égales de façon à contrôler le ou les modes de collecte offerts. Ainsi, 50 % de l'échantillon a conservé la même façon de faire qu'en 2008, soit de répondre au questionnaire par téléphone seulement (volet A), alors que l'autre 50 % (volet B) s'est vu offrir de répondre, d'abord sur le Web, puis par la suite par téléphone (collecte multimode)[10].

Tableau 1.1
Taille d'échantillon et nombre de répondants attendu par région sociosanitaire[1], Québec, 2014-2015

Région sociosanitaire		Taille d'échantillon	Nombre de répondants attendu
01	Bas-Saint-Laurent	4 971	3 040
02	Saguenay–Lac-Saint-Jean	3 497	2 280
03	Capitale-Nationale[2]	7 218	4 560
04	Mauricie et Centre-du-Québec	5 000	3 040
05	Estrie	4 992	3 126
06	Montréal	8 321	4 560
07	Outaouais	4 562	2 619
08	Abitibi-Témiscamingue	3 655	2 101
09	Côte-Nord	5 595	2 971
10	Nord-du-Québec	3 044	1 700
11	Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	3 538	2 117
12	Chaudière-Appalaches	3 857	2 482
13	Laval	2 961	1 700
14	Lanaudière	2 807	1 700
15	Laurentides	4 487	2 660
16	Montérégie	6 857	4 180
18	Terres-Cries-de-la-Baie-James	2 048	1 000
Ensemble du Québec		77 410	45 836

1. Découpage territorial selon la version M34-2014.
2. Les unités de l'échantillon supplémentaire sont incluses.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

9. Une étude de Statistique Canada (St-Pierre et Béland, 2004) révélait des différences selon le mode de collecte pour plusieurs variables du cycle 2.1 de l'ESCC, compliquant ainsi la comparabilité avec le cycle 1.1.
10. Précisons que l'échantillon de la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James a été attribué en totalité au volet B étant donné qu'il n'y avait pas de comparabilité possible avec l'édition 2008 ; de fait, cette région n'était pas couverte lors de cette édition.

Cette stratégie d'échantillonnage et de collecte permet d'évaluer l'effet du mode de collecte sur les estimations, en comparant les résultats d'un mode de collecte unique (téléphonique) avec ceux d'une collecte multimode. Et, en cas d'effet du mode sur un indicateur donné, elle permet d'utiliser une approche permettant d'analyser des estimations comparables.

La section 1.5.3 fournit des informations pour l'analyse des indicateurs affectés par le changement de mode de collecte entre les éditions 2008 et 2014-2015 de l'EQSP. Pour plus de détails, le lecteur est invité à consulter le document *Enquête québécoise sur la santé de la population 2014-2015. Comparabilité des données de la deuxième édition de l'enquête* (Baulne et Courtemanche, 2016).

1.2 Collecte des données

1.2.1 Prétest

En janvier et février 2014, sur une période de 6 semaines, un prétest a été effectué auprès de 638 répondants à partir d'un échantillon de 2 000 personnes, afin de valider non seulement les nouvelles sections du questionnaire et la durée de celui-ci, mais aussi la logistique sous-tendant le questionnaire électronique. À la suite de l'analyse des résultats du prétest, certaines modifications ont été apportées au questionnaire.

1.2.2 Stratégie de collecte

Une formation a été donnée aux 63 intervieweurs assignés à la collecte téléphonique de l'enquête afin de bien leur expliquer les tenants et aboutissants de la collecte de renseignements auprès des individus. Les intervieweurs téléphoniques de l'ISQ ont été formés non seulement pour mener des entrevues, mais aussi pour effectuer des relances et faire des suivis de dossier.

La collecte des données de l'EQSP s'est déroulée du 7 mai 2014 au 12 mai 2015. Une lettre de présentation de l'enquête avait été envoyée à toutes les personnes sélectionnées leur expliquant les objectifs de l'enquête et la façon de procéder. Une lettre d'information avait également été envoyée aux parents des personnes sélectionnées qui avaient entre 15 et 17 ans[11]. Pour les individus sélectionnés dans l'échantillon téléphonique seulement (volet A), la lettre annonçait l'appel imminent d'un intervieweur de l'ISQ, alors que pour les individus sélectionnés dans l'échantillon multimode (volet B), la lettre invitait la personne à se rendre sur le Web pour remplir le questionnaire électronique. La période de collecte a été divisée en quatre vagues, ce qui a permis de suivre l'évolution de divers paramètres de collecte (taux d'admissibilité et de réponse) et de les réviser si certaines hypothèses de départ s'avéraient erronées.

La collecte des données s'est effectuée par interview téléphonique assistée par ordinateur (ITAO) et/ou par auto-interview assistée par ordinateur (AIAO) selon le volet attribué à l'unité échantillonnée. La durée moyenne des entrevues téléphoniques a été d'un peu plus de 31 minutes. L'ITAO et l'AIAO procurent un certain nombre d'avantages quant à la qualité des données par rapport aux autres méthodes de collecte. Premièrement, le libellé des questions, comprenant les périodes de référence et les pronoms, est personnalisé automatiquement en fonction de facteurs comme l'âge et le sexe du répondant, de la date de l'entrevue et des réponses aux questions précédentes. Deuxièmement, des mesures de contrôle isolent les réponses incohérentes ou hors normes, et des instructions apparaissent à l'écran lorsqu'une telle situation se présente. Le répondant reçoit une rétroaction immédiate et l'intervieweur, ou lui-même dans le cas du questionnaire électronique, peut corriger toute incohérence. Troisièmement, le processus permet au répondant de sauter automatiquement les questions qui ne le concernent pas.

1.2.3 Résultats de collecte

À l'instar des taux de réponse généralement présentés par l'ISQ, les taux présentés pour l'EQSP 2014-2015 sont pondérés. Ils tiennent compte, entre autres facteurs, de la non-proportionnalité régionale et locale de l'échantillon de l'enquête.

11. Il est à noter que la Commission d'accès à l'information (CAI) a demandé à ce que les parents de jeunes âgés de 15 à 17 ans, sélectionnés pour participer à l'enquête, soient informés du fait que l'ISQ contacterait leur jeune pour obtenir sa participation.

Comme on s'y attendait, le taux d'admissibilité à l'enquête est très élevé (99 %). Seules quelques personnes ont été jugées inadmissibles au moment de la collecte, soit parce qu'elles avaient déménagé dans un ménage collectif institutionnel ou en dehors de la province de Québec, soit parce qu'elles résidaient dans une réserve indienne, soit parce qu'elles étaient décédées.

Au total, 45 760 personnes ont répondu à l'EQSP 2014-2015, ce qui correspond à un taux de réponse pondéré de 61 %. Sur les 39 % de non-répondants, l'absence de numéros de téléphone ou la présence de mauvais numéros dans la base de sondage contribue considérablement à la non-réponse (16 %). À cet effet, le multimode présente un avantage étant donné qu'il n'est pas toujours nécessaire de joindre la personne par téléphone pour obtenir un questionnaire rempli. Cela se reflète d'ailleurs dans le taux de réponse obtenu pour le volet multimode, qui est de plus de 4 % supérieur (58,4 % pour le volet A et 62,6 % pour le volet B).

Le nombre de répondants par région sociosanitaire (RSS) varie entre 900 (Terres-Cries-de-la-Baie-James) et 4 650 (Capitale-Nationale[12]). L'objectif quant au nombre de répondants attendu a été atteint (10 régions sur 17) ou presque atteint (plus de 97 % des répondants attendus pour 6 régions sur 17) dans toutes les régions sociosanitaires, à l'exception des Terres-Cries-de-la-Baie-James (91 %). Le tableau 1.2 présente le nombre de répondants et le taux de réponse pondéré obtenu par région sociosanitaire.

Les taux de réponse régionaux oscillent entre 55 % et 67 % ; la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James fait exception avec un taux de 47 %, région pour laquelle même le recours à un mode de collecte téléphonique était une première[13]. Les taux de réponse pour les réseaux locaux de services (RLS) sont plus variables, puisqu'ils vont de 49,2 % à 69,1 % ; la Basse-Côte-Nord se distingue toutefois avec un taux de 41,0 %. Le nombre de répondants et le taux de réponse obtenus pour chacun des RLS et des CLSC (pour la Capitale-Nationale) figurent dans le guide méthodologique de l'enquête (ISQ, 2016).

Il faut également mentionner que, parmi les 45 760 entrevues complétées, 903 ont été réalisées auprès de tierces personnes, ce qui correspond à un taux de déclaration par procuration pondéré de 1,7 % pour l'ensemble du Québec. Étant donné la faiblesse de ce taux, le biais engendré par la non-réponse découlant des répondants par procuration peut être considéré comme négligeable lors de la production d'estimations tirées de l'EQSP 2014-2015.

Période de collecte pour la RSS 18

En dépit de la répartition de l'échantillon en vagues et de l'étalement de celui-ci sur l'ensemble de la période de collecte, les contraintes de terrain pour la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James ont fait en sorte que la distribution des répondants varie quelque peu entre les saisons. Le fait de devoir suspendre la collecte des données de cette région pendant plusieurs semaines à l'automne 2014 est une de ces contraintes. En effet, vu la proportion importante de numéros de téléphone absents ou mauvais dans les résultats de collecte pour cette région (49 % comparativement à 12 % pour le reste des régions en date du 29 septembre 2014), il a été décidé de suspendre temporairement la collecte et d'impliquer le Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James dans le processus afin de faciliter l'obtention de numéros de téléphone valides. Cette approche ayant porté ses fruits, la collecte a repris en novembre, pour se terminer en même temps que dans les autres régions, soit en mai 2015. Quel que soit l'angle retenu, il importe de garder à l'esprit que la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James a connu une collecte sensiblement plus tardive et se déroulant particulièrement en hiver, et que des précautions devraient être prises lors de sa comparaison avec les autres régions pour certains indicateurs.

12. Rappelons que la région de la Capitale-Nationale a fait l'achat d'unités d'échantillon supplémentaires afin de pouvoir obtenir des estimations fiables pour certains regroupements de territoires de CLSC.

13. Dans cette région, les enquêtes sont habituellement effectuées en personne. Ainsi, pour l'EQSP 2014-2015, le défi était double, soit une collecte électronique combinée à une collecte téléphonique.

Tableau 1.2
Nombre de répondants et taux de réponse pondéré selon la région sociosanitaire[1], Québec, 2014-2015

Région sociosanitaire	Nombre de répondants	Taux de réponse (%)
01 Bas-Saint-Laurent	3 049	64,1
02 Saguenay–Lac-Saint-Jean	2 302	67,0
03 Capitale-Nationale	4 650	64,5
04 Mauricie et Centre-du-Québec	3 047	61,7
05 Estrie	3 112	63,1
06 Montréal	4 622	55,1
07 Outaouais	2 595	59,0
08 Abitibi-Témiscamingue	2 082	58,7
09 Côte-Nord	2 820	57,1
10 Nord-du-Québec	1 651	55,8
11 Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	2 106	60,8
12 Chaudière-Appalaches	2 506	65,8
13 Laval	1 686	57,7
14 Lanaudière	1 683	60,4
15 Laurentides	2 739	62,0
16 Montérégie	4 210	62,4
18 Terres-Cries-de-la-Baie-James	900	46,7
Ensemble du Québec	45 760	60,5

1. Le découpage territorial correspond à la version M34-2014. Le nombre de répondants des régions 05 eat 16 pourrait différer dans un tableau utilisant le découpage territorial actuel (version M34-2016 selon la table de correspondance des territoires 2014-2015). Ainsi, les valeurs 3 860 et 3 462 seraient respectivement présentées pour ces deux régions.

Source : Institut de la statistique du Québec, Enquête québécoise sur la santé de la population, 2014-2015.

1.3 Traitement des données

1.3.1 Validation et saisie

Le recours aux questionnaires informatisés (ITAO et AIAO) permet une saisie automatique des réponses fournies par les répondants. La très grande majorité des questions sont autocodées, c'est-à-dire que l'intervieweur ou le répondant n'a qu'à cocher le choix de réponse. La saisie s'en trouve donc réduite au minimum. Par ailleurs, les collectes téléphonique et électronique étant entièrement informatisées, plusieurs validations de base sont réalisées pendant l'entrevue, notamment la vérification du respect des choix de réponse pour les questions fermées ou celle de l'adéquation des sauts de section, pour les blocs de questions ne s'adressant qu'à un sous-groupe de répondants.

De plus, une validation, effectuée *a posteriori* afin de s'assurer principalement de la cohérence des réponses d'un même répondant, a servi à relever quelques erreurs.

À cette étape, la codification des réponses aux questions permettant de distinguer les non-répondants partiels des répondants qui n'étaient pas concernés par une question a également été vérifiée.

Enfin, comme cette enquête vise à produire des estimations à un niveau géographique fin (RLS), une validation minutieuse des codes postaux fournis par les répondants a été effectuée afin de s'assurer que chaque répondant était classé dans le bon RLS[14].

1.3.2 Pondération

La pondération consiste à attribuer à chaque répondant de l'enquête une valeur, c'est-à-dire un poids qui correspond au nombre de personnes qu'il « représente » dans la population. La pondération est essentielle pour la production des diverses estimations tirées de l'EQSP. Elle permet de rapporter les données des répondants à la population visée et, ainsi, de faire des inférences adéquates à cette population, bien que celle-ci n'ait pas été observée dans sa totalité.

14. C'est le cas également pour les territoires de CLSC pour la région de la Capitale-Nationale.

Dans l'EQSP 2014-2015, les objectifs de diffusion à l'échelle régionale et locale entraînent une variation importante des probabilités de sélection et font en sorte que la répartition non proportionnelle de l'échantillon selon les régions sociosanitaires ne représente pas bien celle de la population, d'où la nécessité de tenir compte de la pondération dans toutes les estimations. Ce faisant, on corrige en quelque sorte la distorsion créée par le plan d'échantillonnage utilisé pour la sélection de l'échantillon. De plus, dans tout type d'enquête, la probabilité de répondre varie selon plusieurs caractéristiques sociodémographiques. Ces éléments doivent donc, dès lors, être intégrés à la pondération. La pondération est également un des éléments à considérer pour estimer correctement la précision des données.

En raison des besoins de comparabilité entre les deux éditions de l'EQSP et de l'effet du changement de mode de collecte sur certains indicateurs, deux pondérations sont requises pour l'analyse :

- une pondération principale, portant sur l'ensemble des répondants, aux fins de l'analyse des questions/indicateurs de l'édition 2014-2015 ;
- une pondération secondaire, portant sur les répondants du volet téléphonique seulement (volet A), aux fins des comparaisons des questions/indicateurs qui ont été jugés affectés par le changement de mode de collecte entre les éditions 2008 et 2014-2015.

Pour ces raisons, la stratégie de pondération qui a été élaborée par l'ISQ pour cette enquête traite séparément les unités du volet A (téléphonique seulement) et les unités du volet B (multimode). Ce n'est que par la suite que les deux pondérations sont combinées pour constituer la pondération principale de l'enquête. Cette stratégie tient compte des étapes suivantes : la prise en compte de la probabilité de sélectionner une personne dans la base de sondage, le traitement des personnes inadmissibles, l'ajustement de la non-réponse totale, l'examen des valeurs extrêmes ainsi que l'ajustement aux totaux de population par RLS/CLSC, groupe d'âge et sexe. Ces étapes sont les mêmes pour chacun des volets et ont été réalisées de façon indépendante.

Description des étapes

La première étape consiste à calculer le poids de départ de chaque individu qui correspond à l'inverse de la probabilité de sélection. Ce poids tient compte de l'attribution aléatoire du mode de collecte[15] à chacune des unités sélectionnées (création des volets A et B), sous la contrainte d'attribuer le même volet aux personnes résidant à la même adresse.

Ensuite, un ajustement doit être fait pour l'admissibilité à l'enquête, qui varie selon l'âge et le sexe, et qui, de surcroît, n'est pas connue pour certains non-répondants. L'ajustement pour l'admissibilité comporte deux phases. La première vise à corriger les poids pour tenir compte des personnes qui vivent sur des réserves indiennes[16], alors que la seconde porte sur l'admissibilité générale, qui inclut les décès, les déménagements hors Québec et les personnes vivant dans un logement collectif institutionnel. Lors de cette étape, le poids des non-répondants a été diminué afin de représenter seulement les personnes admissibles à l'enquête. Soulignons que les étapes de pondération subséquentes ont toutes été réalisées séparément pour chacun des volets, ainsi que pour la région 18.

L'étape suivante est l'ajustement pour la non-réponse totale. La méthode utilisée pour cet ajustement est la méthode du score de propension à répondre[17]. Cette méthode consiste à modéliser le fait d'être répondant ou non à l'enquête et à créer ensuite des classes de pondération correspondant à des groupes d'unités ayant des caractéristiques et des proportions de répondants semblables. L'ajustement pour la non-réponse est fait séparément pour chacun des volets, ainsi que pour la région 18. Dans les modèles de non-réponse, on considère les variables suivantes : l'âge, le sexe, la langue de

15. En réalité, on a attribué un volet (A ou B) à chaque individu et non un mode de collecte. Les individus du volet A se faisaient offrir de remplir le questionnaire par téléphone, alors que ceux du volet B avaient la possibilité de le remplir, soit sur le Web, soit par téléphone. À noter que tous les individus de la région 18 se voyaient attribuer le même volet, soit le volet B. Pour plus de détails, consulter la section 1.1.4.
16. Cet ajustement cible des codes postaux particuliers qui couvrent à la fois des résidences hors réserve et sur réserve. Cet ajustement n'affecte pas les unités de la région 18.
17. HAZIZA, D. et J.-F. BEAUMONT (2007).

correspondance, la taille du ménage, la vague de collecte, la région (la communauté pour la RSS 18), l'indice de défavorisation et le fait d'avoir ou non un conjoint. Le poids des répondants est ajusté par l'inverse du taux de réponse dans chacune des classes formées à partir de cette méthode.

Or, il appert que les poids de certains individus sont très élevés comparativement aux poids des individus de la même région, ou du même RLS ou du même CLSC, selon le cas. Par conséquent, des poids ont été abaissés afin d'éviter qu'une personne puisse avoir une influence indue sur les statistiques. Cela est le cas pour 0,1 % des répondants.

La dernière étape de la pondération consiste à ajuster les poids aux effectifs de la population visée par l'enquête. Cet ajustement a été réalisé par un calage aux marges[18], en utilisant comme première marge le croisement de la région sociosanitaire, du groupe d'âge et du sexe, et comme deuxième marge le RLS/CLSC[19]. La population de référence utilisée est constituée des plus récentes estimations de population produites par l'ISQ (2014), qui sont ramenées sur la population visée par l'enquête à partir des taux d'admissibilité obtenus du FIPA.

Au final, cette opération nous a permis d'obtenir deux pondérations distinctes : une pondération pour le volet B, dont la somme des poids totalise 6 865 882, et une pondération pour le volet A, dont la somme totalise 6 854 027, laquelle est inférieure en raison de la non-couverture de la région 18 pour ce volet[20]. Dans le but d'obtenir une pondération finale pour la production des estimations de l'EQSP 2014-2015, ces deux pondérations ont été combinées en une seule : le poids des individus des régions communes aux deux volets a simplement été divisé par deux.

1.3.3 Non-réponse partielle

1.3.3.1 Définition

La pondération tient compte de la non-réponse totale, mais n'a pas été ajustée pour la non-réponse partielle. Celle-ci se produit lorsqu'une variable comporte des données manquantes pour les répondants à l'enquête. Il est connu qu'une non-réponse partielle importante peut entraîner certains biais dans les estimations, au même titre que la non-réponse totale, s'il s'avère que les non-répondants présentent des caractéristiques différentes de celles des répondants et, de surcroît, si ces caractéristiques sont liées au thème abordé. Le taux de non-réponse partielle pondéré se définit comme le rapport entre le nombre pondéré de personnes qui n'ont pas répondu à la question et le nombre pondéré de personnes admissibles à la question. Plus ce taux est élevé, plus le risque de biais induits par la non-réponse partielle est grand. Pour l'EQSP 2014-2015, on fait l'hypothèse qu'une non-réponse partielle inférieure à 5 % a un impact négligeable, en général, sur les estimations à l'échelle provinciale, sauf dans la situation où cette non-réponse est très caractérisée.

1.3.3.2 Taux de non-réponse partielle

Les indicateurs pour lesquels le taux de non-réponse partielle dépasse le seuil critique doivent en général être analysés plus à fond au regard des biais. En raison des faibles taux de non-réponse partielle observés pour la grande majorité des variables de l'enquête, les risques de biais, relativement à la précision des estimations, sont assez faibles.

Les indicateurs analysés dans le présent rapport qui présentent une non-réponse partielle supérieure à 5 % sont présentés dans le tableau complémentaire C1.1[21].

18. Le « calage aux marges » est une procédure qu'on peut appliquer pour incorporer des données auxiliaires. Cette procédure rajuste les poids d'échantillonnage au moyen de multiplicateurs appelés les facteurs de calage, lesquels font correspondre les estimations aux totaux connus.
19. Pour la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James, la seconde marge correspond à la zone géographique définie par le regroupement des communautés « sur la côte » et de celles « à l'intérieur des terres ».
20. Rappelons que la pondération du volet A doit être utilisée lors de la comparaison d'indicateurs jugés affectés par le changement de mode de collecte effectué entre les éditions 2008 et 2014-2015. Pour plus de détails, consulter le document sur la comparabilité (Baulne et Courtemanche, 2016).
21. La liste complète des indicateurs (y compris ceux disponibles à l'Infocentre mais qui n'ont pas été analysés dans le rapport d'enquête) présentant une non-réponse partielle supérieure à 5 % se trouve dans le guide méthodologique de l'enquête (ISQ, 2016).

1.3.3.3 Analyse de la non-réponse partielle et imputation

Pour chacun des indicateurs énumérés au tableau C1.1, une analyse de la non-réponse partielle a été effectuée. Pour ce faire, la non-réponse partielle de chaque indicateur a été redistribuée au sein des catégories de réponse existantes, en tenant d'abord compte des caractéristiques des non-répondants[22]. La distribution estimée ainsi obtenue a été comparée à la distribution estimée obtenue en redistribuant les non-répondants partiels sans tenir compte de leurs caractéristiques. La comparaison de ces distributions a révélé que, pour un certain nombre d'indicateurs[23], les deux distributions s'avéraient très similaires, ce qui suggère que la non-réponse partielle n'a qu'un impact négligeable sur les estimations. Pour les autres indicateurs, le fait que les non-répondants ont des caractéristiques particulières, par exemple être plus âgés, induit un léger biais dans les estimations. La dernière colonne du tableau C1.1 indique, pour chacun des indicateurs examinés, l'impact de la non-réponse partielle sur l'analyse.

Imputation

L'imputation des données manquantes est une solution souvent mise de l'avant pour minimiser l'impact de la non-réponse partielle dans les enquêtes. Pour une variable présentant de la non-réponse partielle, l'imputation consiste à attribuer une valeur à un individu en remplacement d'une donnée manquante, en se basant sur les renseignements disponibles au sujet de cet individu[24].

Pour pallier le problème de non-réponse de l'indicateur de la mesure de faible revenu utilisé comme variable de croisement, les données des non-répondants partiels ont été imputées. L'indicateur de la mesure de faible revenu est calculé à partir de la question SD3_7_1 du questionnaire de l'enquête. Cette question demandait de fournir, pour les 12 derniers mois, le revenu total de tous les membres du ménage provenant de toutes les sources, avant impôt et autres retenues. Le répondant avait la possibilité de fournir cette information soit par une valeur exacte, bien qu'approximative, soit sous forme de catégorie en indiquant la tranche de revenu. En considérant la déclaration sous forme de catégorie comme de la non-réponse partielle (cette donnée n'est pas toujours assez précise pour permettre l'attribution d'une valeur à l'indicateur en question), le taux global pondéré de non-réponse partielle atteint 26,6 %[25].

En présence d'une non-réponse partielle aussi élevée, il est souhaitable de procéder à l'imputation de données, de manière à minimiser les risques de biais. Ainsi, l'imputation du revenu total du ménage pour les non-répondants partiels de cette question a été faite[26]. L'imputation de données a pour effet d'augmenter artificiellement le nombre de répondants, ce qui fait que la variance des estimations faisant intervenir la mesure de faible revenu est sous-estimée. Étant donné que la non-réponse partielle pour le revenu est plus élevée chez les 15 à 24 ans et chez les femmes de 75 ans et plus, il est recommandé d'interpréter avec prudence les différences dont le seuil observé est très près du seuil de signification. Les analyses publiées par l'ISQ tiennent compte de cette recommandation.

1.4 Analyse, précision et tests statistiques

1.4.1 Analyse descriptive

Les analyses effectuées à partir des données de l'EQSP sont descriptives et bivariées. Elles ne tiennent pas compte de l'interaction plus complexe entre les variables, qui pourrait modifier ou annuler les associations initialement détectées entre un indicateur et une variable de croisement, comme pourrait le faire une analyse multivariée. Soulignons que seules des proportions sont estimées dans le rapport de l'enquête. De plus, le recours à

22. Les analyses ont été effectuées selon quatre variables de croisement : l'âge, le sexe, la mesure de faible revenu et la scolarité.
23. Voir le tableau complémentaire C1.1.
24. Ces informations sur les non-répondants partiels peuvent provenir du questionnaire d'enquête lui-même, ou encore de la base de sondage.
25. Notons que l'offre complémentaire d'un mode de collecte électronique semble contribuer à diminuer la non-réponse à la question sur le revenu comme le montrent les taux de non-réponse partielle des deux volets : 31,6 % pour le volet A (téléphonique seulement) et 21,2 % pour le volet B (multimode).
26. Précisons que la valeur du revenu imputée à un individu respecte, le cas échéant, la tranche de revenu déclarée par celui-ci.

des données pondérées rend possible l'inférence des données de l'EQSP à la population visée. Par ailleurs, les analyses temporelles effectuées doivent prendre en considération le fait qu'un indicateur est affecté ou non par le changement de mode de collecte entre les deux éditions. Dans le cas d'un indicateur affecté, il est recommandé d'utiliser les répondants du volet téléphonique seulement (voir section 1.5.3).

1.4.2 Précision des estimations

La plupart des enquêtes statistiques comportent des erreurs dites d'échantillonnage, dues au fait que seule une partie des unités de la population enquêtée est sélectionnée pour participer à l'enquête. Ces erreurs se répercutent sur les estimations produites, dont la précision est par ailleurs influencée par la complexité du plan d'échantillonnage. Il est donc nécessaire de mesurer la précision de chaque estimation et d'en tenir compte dans l'interprétation des résultats inférés à la population visée.

Dans l'EQSP 2014-2015, l'estimation de la variance et les tests statistiques sont effectués à l'aide de poids d'autoamorçage, aussi appelés « poids bootstrap ». Pour chacune des deux pondérations[27], une série de 500 poids d'autoamorçage a été créée afin de tenir compte adéquatement non seulement du plan de sondage complexe, mais aussi de tous les ajustements de non-réponse et de calage apportés à la pondération dans l'estimation de la variance et les tests statistiques. Ces poids ont par la suite été utilisés avec le logiciel SUDAAN.

Le coefficient de variation (CV)[28] est l'indicateur de précision relative recommandé par l'ISQ pour l'analyse des données de l'EQSP 2014-2015. Les estimations dont le CV est supérieur à 15 % sont annotées dans les tableaux et les figures[29].

1.4.3 Tests statistiques

Pour l'analyse des données de l'EQSP, l'ISQ a d'abord effectué un test statistique d'indépendance du khi-deux[30] pour déceler un lien possible entre l'indicateur analysé et une variable de croisement correspondant généralement à une caractéristique sociodémographique ou à l'édition de l'enquête. Les tests dont le seuil observé est inférieur au seuil de signification fixé, soit 1 % pour les analyses provinciales[31], montrent une association significative.

Des tests d'égalité de deux proportions peuvent ensuite être réalisés pour mieux comprendre les associations révélées par les tests du khi-deux significatifs. La comparaison est basée sur la construction d'une statistique de Wald à partir de la différence des transformations *logit*[32] des proportions estimées. La variance et la covariance de la différence des *logits* sont calculées à l'aide des poids d'autoamorçage. Notons qu'un écart important entre deux proportions n'est pas nécessairement statistiquement significatif. Tout dépend de la variabilité associée aux estimations.

27. Bien qu'on ait mentionné à la section 1.3.2 l'existence de trois pondérations distinctes (celle du volet A, celle du volet B et celle combinant les deux volets), seules deux pondérations sont importantes pour les analyses ; la troisième a servi uniquement à évaluer la comparabilité des données.
28. Le coefficient de variation est obtenu en divisant l'erreur-type de l'estimation (racine carrée de la variance de l'estimation) par l'estimation elle-même.
29. Pour plus de détails sur la présentation des CV, consulter la section 1.5.1.
30. On utilise une version modifiée du test du khi-deux habituel qui tient compte du plan de sondage de l'enquête : il s'agit de l'ajustement de Satterthwaite du test du khi-deux. Plus précisément, c'est la statistique F correspondant à cette correction du test du khi-deux qui est utilisée dans les analyses.
31. En raison du nombre important de répondants dans l'EQSP 2014-2015, donc de la puissance statistique de celle-ci, l'ISQ a décidé d'analyser les données en utilisant les seuils de signification suivants : 1 % pour les analyses provinciales et 5 % pour les analyses régionales ou infrarégionales.
32. La transformation « *logit* » = $\log(p/(1-p))$ est utilisée comme transformation normalisatrice dans la construction d'intervalles de confiance afin d'améliorer leurs taux de couverture, en particulier pour de petites proportions (Korn et Graubard, 1999).

1.5 Présentation des résultats

Des indications générales pour l'ensemble des résultats présentés dans ce rapport sont fournies dans cette section. Elles concernent notamment la description et la présentation des résultats.

1.5.1 Arrondissement

Les estimations de proportions sont arrondies à l'unité près[33] quand elles sont mentionnées dans le texte et à une décimale près dans les tableaux et figures, à l'exception des proportions inférieures à 5 % pour lesquelles on a conservé une décimale dans le texte. En raison de l'arrondissement, la somme des proportions de certains tableaux ou figures peut être légèrement supérieure ou inférieure à 100 %.

Les estimations dont le CV est inférieur ou égal à 15 % sont suffisamment précises et sont présentées sans indication à cet égard. Celles dont le CV est supérieur à 15 % sont présentées en utilisant le système de classification du tableau 1.3. Lorsque des résultats mentionnés dans le texte ne sont pas présentés dans un tableau ou une figure, l'indication d'une précision passable ou faible se trouve en note de bas de page. Par ailleurs, la présentation des résultats rend compte du fait que les statistiques fournies sont basées sur un échantillon en utilisant des expressions appropriées, c'est-à-dire qui confirment qu'il ne s'agit pas de valeurs exactes.

1.5.2 Résultats significatifs

En général, seuls les résultats significatifs au seuil de 1 % (seuil recommandé pour les analyses provinciales) sont mentionnés dans le texte. Parmi ceux-ci, seuls les résultats d'intérêt sont présentés[34]. Dans certains cas exceptionnels, des résultats non significatifs peuvent être signalés s'ils offrent un intérêt particulier en matière de santé ou s'ils font exception dans une série de résultats significatifs ; ils sont alors habituellement exprimés sous forme de « tendance ». En présence d'un résultat global significatif (selon le test du khi-deux), des lettres ajoutées en exposant aux statistiques présentées dans les tableaux et figures indiquent quelles sont les paires de catégories d'une variable de croisement pour lesquelles la répartition de l'indicateur diffère significativement, au seuil de 1 %. Une même lettre identifie un écart significatif entre deux catégories. Il peut arriver que deux proportions qui semblent différentes ne le soient pas d'un point de vue statistique, en raison notamment du petit nombre d'individus sur lequel est basée l'estimation. On dit, dans ce cas, qu'il n'y a pas de différence statistiquement significative ou que l'enquête ne permet pas de détecter de différence entre ces proportions.

Tableau 1.3
Système de classification des estimations, en termes de précision, en vigueur à l'Institut de la statistique du Québec

Précision de l'estimation (CV)	Signe distinctif	Réserve à mentionner lors de la diffusion
CV ≤ 15 %[1]	(aucun signe)	Estimation diffusée sans mention
15 % < CV ≤ 25 %	*	Estimation à interpréter avec prudence
CV > 25 %	**	Estimation à utiliser avec circonspection, fournie à titre indicatif seulement

1. Au besoin, il est possible de définir des catégories plus fines pour les estimations dont le CV est inférieur à 15 %. Par exemple, les cotes suivantes peuvent être utilisées : A (0 % < CV ≤ 5 %) ; B (5 % < CV ≤ 10 %) ; et C (10 % < CV ≤ 15 %).

Source : Institut de la statistique du Québec.

33. Les proportions dont la décimale est ,5 ont été arrondies à l'unité inférieure ou supérieure selon la seconde décimale. Par exemple, la proportion 20,47 % est arrondie à 20 %, alors que la proportion 20,53 % l'est à 21 %. Les arrondissements des proportions se terminant par ,5 dans les tableaux et figures varient donc dans le texte.

34. À l'échelle provinciale, la précision est en général très bonne, de même que la puissance des tests statistiques. Ainsi, un écart significatif peut, dans certains cas, être jugé trop faible pour qu'il soit pertinent d'en faire mention dans ce rapport.

1.5.3 Indicateurs affectés par le mode de collecte

Comme mentionné à la section 1.1.4, les analyses effectuées sur des indicateurs affectés par le mode de collecte, en particulier les comparaisons avec l'édition 2008 de l'enquête, doivent utiliser des estimations comparables. Dans cette optique, tous les indicateurs de l'EQSP 2014-2015 ont fait l'objet d'une analyse afin de déterminer s'ils sont affectés par le changement de mode de collecte survenu entre les deux éditions de l'enquête.

Comparaison avec l'édition 2008

Un indicateur pour lequel nos analyses concluent à une différence significative au niveau provincial entre l'estimation du volet A (téléphonique seulement) et l'estimation du volet B (multimode) est considéré comme affecté par le mode de collecte. Le cas échéant, les comparaisons avec l'édition 2008 de l'enquête doivent être faites en utilisant uniquement les données du volet A, et en prenant soin d'utiliser la pondération appropriée (voir la section 1.3.2)[35]. Cela permet d'examiner l'évolution temporelle sur la base d'estimations comparables.

Il importe de mentionner que pour les indicateurs affectés par le mode de collecte, l'estimation officielle pour l'EQSP 2014-2015 demeure celle produite à partir de l'ensemble de l'échantillon ; c'est d'ailleurs cette dernière qui apparaît dans les tableaux et le texte des sections portant sur les résultats de cette édition. Toutefois, lorsqu'une estimation pour un indicateur affecté est comparée avec celle de l'édition 2008 dans la section « Évolution », la valeur de 2014-2015 présentée correspond à l'estimation comparable, soit celle produite à partir du volet téléphonique seulement (volet A). Dans ces cas, plusieurs éléments dans les tableaux et figures (titre, légende, note au bas du tableau) rappellent à l'utilisateur qu'il s'agit d'estimations comparables et non d'estimations officielles.

Les indicateurs jugés non affectés peuvent quand à eux être comparés en utilisant l'échantillon complet de l'EQSP 2014-2015, sans tenir compte du volet. Les analyses présentées dans ce rapport s'inscrivent dans cette approche. La liste complète des indicateurs de l'EQSP 2014-2015 affectés par le mode de collecte de même que des détails sur les travaux effectués figurent dans le document sur la comparabilité (Baulne et Courtemanche, 2016).

Comparaison transversale 2014-2015

Bien que la préoccupation principale liée à la comparabilité des données porte sur les comparaisons entre 2008 et 2014-2015, un autre effet possible de l'utilisation d'un mode de collecte multiple touche les comparaisons à l'intérieur même de l'édition 2014-2015. En effet, en raison du choix de mode fait par les répondants, il se peut que la répartition du mode de collecte diffère selon certains sous-groupes de la population formés par les modalités d'une variable de croisement, par exemple l'âge, ce qui pourrait avoir un effet sur les comparaisons effectuées. Par conséquent, même si des analyses se limitent aux données de l'édition 2014-2015, un indicateur jugé affecté par le mode de collecte peut nécessiter des mises en garde lors de comparaisons provinciales selon une variable de croisement.

Après avoir analysé plus d'une cinquantaine d'indicateurs de l'EQSP 2014-2015 selon plusieurs variables de croisement (l'âge, le sexe, le niveau de scolarité, la mesure de faible revenu, la langue de correspondance, l'indice de défavorisation matérielle et le nombre de personnes vivant à la même adresse), l'ISQ a conclu que seulement deux croisements[36] présentent un résultat ne devant pas être interprété sur la base de l'échantillon complet. Pour ces croisements, les comparaisons de l'indicateur devraient être effectuées en utilisant uniquement les données du volet A. De plus, nos analyses nous portent aussi à recommander de n'interpréter que les écarts significatifs et non les tendances[37] observées pour les indicateurs affectés par le mode de collecte.

---

35. Afin de rendre les estimations le plus possible comparables, les unités correspondant à des personnes vivant dans un ménage collectif non institutionnel, de même que les unités de la région 18, ont également été exclues des analyses comparatives pour les indicateurs affectés. Par contre, dans le cas des indicateurs non affectés, ces unités n'ont pas été exclues des comparaisons avec l'édition 2008. Leur faible impact sur les estimations et le désir de simplifier les traitements ont favorisé ce choix. Pour plus de détails, consulter le document sur la comparabilité (Baulne et Courtemanche, 2016).

36. Il s'agit de la *proportion de la population ayant déjà fait usage de drogues par injection* analysée selon la langue et de la *répartition des travailleurs se situant à un niveau élevé de détresse psychologique selon la relation entre ces sentiments et l'emploi principal actuel* analysée selon le sexe. Pour plus de détails, se référer au document sur la comparabilité (Baulne et Courtemanche, 2016).

37. On appelle « une tendance » un résultat de test non significatif, mais dont le seuil observé est très près du seuil de signification fixé.

Bien que nous n'ayons pas étudié l'ensemble des indicateurs de l'EQSP, ces constats nous permettent de conclure que l'intégration d'un mode de collecte multiple en 2014-2015 a eu très peu d'effet sur les analyses transversales de cette édition. Ainsi, à l'exception des quelques mises en garde rapportées dans le tableau A2.1 du document sur la comparabilité (Baulne et Courtemanche, 2016), il est recommandé de procéder aux analyses transversales sans se préoccuper du mode de collecte. L'ISQ suggère toutefois d'être très prudent lors de l'interprétation des différences observées, en particulier de leur ordre de grandeur. Comme mentionné à la section 5.2.3 du document sur la comparabilité (Baulne et Courtemanche, 2016), cet écart peut être accentué pour les indicateurs croisés selon l'âge, principalement pour les indicateurs très affectés[38] par le mode de collecte.

Le lecteur est invité à consulter le document sur la comparabilité (Baulne et Courtemanche, 2016) pour un portrait complet de l'étude sur la comparabilité des données de l'EQSP 2014-2015.

1.6 Portée et limites

Tout a été mis en œuvre pour maximiser la qualité et la représentativité de l'EQSP 2014-2015, non seulement à l'échelle de la province de Québec, mais aussi aux paliers régional et local. Soulignons, en premier lieu, que l'enquête utilise un échantillon de taille considérable et que 45 760 Québécois âgés de 15 ans et plus au sein de cet échantillon y ont participé, ce qui a assuré un haut potentiel analytique tant à l'échelle provinciale que régionale et locale. Cet échantillon a été réparti en quatre vagues de collecte couvrant une année entière afin de tenir compte d'éventuelles variations saisonnières. Un prétest et des séances de formation destinées aux intervieweurs ont permis de valider les questionnaires, d'asseoir les paramètres du plan de sondage et de tester la procédure de collecte. Des taux de réponse satisfaisants ont été atteints, avec des valeurs supérieures à 60 % pour la majorité des régions sociosanitaires.

Plusieurs éléments ont contribué à optimiser la qualité des données et à minimiser la non-réponse à certaines questions, dont le mode de collecte AIAO utilisé pour les personnes faisant partie du volet multimode de l'échantillon. Toutefois, comme pour toute enquête populationnelle, il n'est pas possible de garantir l'exactitude des réponses fournies. Celles-ci peuvent être influencées par des facteurs cognitifs liés à la difficulté de répondre à une question. Par exemple, en réponse à une question portant sur une période de référence (ex. : « au cours des 12 derniers mois »), l'individu peut éprouver des difficultés à évaluer si un événement s'est bel et bien produit durant cette période (erreur de télescopage). Par ailleurs, la validité des réponses de l'individu peut être affectée par des facteurs situationnels, qui font référence à l'environnement dans lequel la personne est interviewée. Cela est possible pour les questions portant sur des sujets délicats. Par exemple, l'influence du phénomène de désirabilité sociale, qui peut mener à une sous-déclaration ou une surdéclaration des comportements à risque, sera vraisemblablement plus grande lors d'une entrevue au téléphone avec un intervieweur que lors d'une entrevue chez soi par le biais d'un questionnaire autoadministré sur le Web. Quoi qu'il en soit, un très grand soin a été apporté à ces aspects dans la planification de l'EQSP 2014-2015 afin de minimiser les erreurs dans les réponses fournies.

Les procédures inférentielles utilisées dans l'EQSP 2014-2015 ont aussi fait l'objet d'une attention particulière. Premièrement, toutes les estimations sont pondérées et tiennent compte non seulement du plan de sondage, mais aussi de la non-réponse totale, de manière à assurer la fiabilité de l'inférence à la population visée. Deuxièmement, toutes les mesures de précision et les tests statistiques ont été produits en considérant la complexité du plan de sondage de l'enquête. Enfin, les analyses temporelles tiennent également compte de l'effet possible du changement de mode de collecte entre les deux éditions de l'enquête.

38. Pour identifier les indicateurs davantage affectés par le mode de collecte, il est suggéré d'utiliser le seuil observé du test d'indépendance du khi-deux ayant servi à déterminer si un indicateur était affecté. Ce seuil est présenté dans le tableau A1.1 du document sur la comparabilité (Baulne et Courtemanche, 2016). Plus la valeur du seuil est petite, plus l'indicateur est affecté par le mode.

Il faut rappeler que la présente enquête fait abstraction d'une portion de la population québécoise, soit celle vivant dans des logements collectifs institutionnels, notamment les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)[39]. Ainsi, les résultats de l'EQSP ne peuvent pas être appliqués à ces personnes, d'autant plus que celles-ci ont en général un état de santé moins bon. Cependant, cette particularité de l'échantillon peut mener à une légère sous-estimation de la prévalence de certains problèmes de santé dans l'ensemble de la population québécoise.

Finalement, notons qu'une enquête transversale comme l'EQSP 2014-2015 permet de déceler des liens entre deux variables ainsi que des différences entre des groupes de la population, mais elle ne permet pas d'établir de lien de causalité entre les caractéristiques étudiées. En outre, compte tenu des objectifs spécifiques de l'enquête, les analyses présentées dans ce rapport s'appuient sur des méthodes bivariées. L'interprétation de certains résultats doit donc être faite avec prudence. Une analyse multivariée aurait été appropriée dans certains cas pour contrôler des facteurs confondants. L'approche retenue permet néanmoins d'explorer les données recueillies de façon utile et de fournir ainsi un portrait global de l'état de santé actuel des Québécois.

39. Celle-ci représente environ 1,2 % de la population de 15 ans et plus en 2015 (calcul fait à partir des estimations de population de l'ISQ).

TABLEAU COMPLÉMENTAIRE

Tableau C1.1
Indicateurs analysés dans le rapport de l'enquête de l'ISQ[1] ayant un taux de non-réponse partielle supérieur à 5 %, EQSP 2014-2015

Nom de la variable	Mesure/Indicateur	Taux de non-réponse partielle	Impact possible sur l'analyse
COITH	Proportion des hommes actifs sexuellement au cours des 12 derniers mois (relations hétérosexuelles) ayant utilisé le coït interrompu comme moyen de contraception	6,3 %	Négligeable
CONDH	Proportion des hommes actifs sexuellement au cours des 12 derniers mois (relations hétérosexuelles) ayant utilisé le condom comme moyen de contraception	6,3 %	Légère surestimation des personnes ayant utilisé le condom comme moyen de contraception
CONTH	Proportion des hommes actifs sexuellement au cours des 12 derniers mois qui ont utilisé un moyen contraceptif	6,3 %	Légère surestimation des personnes ayant habituellement utilisé un moyen de contraception
DETRESSE_TRAV2	Répartition des travailleurs se situant à un niveau élevé à l'échelle de détresse psychologique selon la relation entre ces sentiments et l'emploi principal actuel	8,4 %	Négligeable
DIAG_SYMPRHI	Prévalence combinée de la rhinite allergique en fonction des personnes qui ont présenté des symptômes de rhinite allergique au cours des 12 derniers mois et celles ayant déjà reçu au cours de leur vie un diagnostic médical de rhinite allergique.	5,1 %	Négligeable
FAIBLE_REVENU	Mesure de faible revenu	26,6 %	Sous-estimation de la variance due à l'imputation effectuée
FRECOND	Répartition de la population active sexuellement au cours des 12 derniers mois selon la fréquence d'utilisation du condom	5,9 %	Légère sous-estimation des personnes qui n'ont pas utilisé le condom dans aucune de leurs relations sexuelles
FRECOND2	Répartition de la population active sexuellement au cours des 12 derniers mois selon la fréquence d'utilisation du condom	5,9 %	Légère sous-estimation des personnes qui n'ont pas utilisé le condom dans aucune de leurs relations sexuelles
ITS	Proportion de la population ayant déjà eu des relations sexuelles qui a eu un diagnostic d'infection transmise sexuellement (EQSP)	5,5 %	Négligeable
ITS2	Proportion de la population qui a déjà eu un diagnostic d'infection transmise sexuellement	5,4 %	Négligeable
ITS5	Proportion de la population qui a passé un test de dépistage pour une infection qui s'attrape lors de relations sexuelles au cours des 12 derniers mois parmi la population active sexuellement au cours des 12 derniers mois	6,9 %	Légère surestimation des personnes ayant passé un test de dépistage pour une infection qui s'attrape lors de relations sexuelles

Tableau C1.1 (suite)
Indicateurs analysés dans le rapport de l'enquête de l'ISQ[1] ayant un taux de non-réponse partielle supérieur à 5 %, EQSP 2014-2015

Nom de la variable	Mesure/Indicateur	Taux de non-réponse partielle	Impact possible sur l'analyse
LIGATH	Proportion des hommes actifs sexuellement au cours des 12 derniers mois (relations hétérosexuelles) ayant utilisé la ligature des trompes comme moyen de contraception	6,3 %	Négligeable
NBPART2	Répartition de la population active sexuellement au cours des 12 derniers mois selon le nombre de partenaires	5,4 %	Négligeable
PARTSEX	Répartition de la population active sexuellement au cours des 12 derniers mois selon le sexe des partenaires	5,3 %	Négligeable
SAINE	Répartition de la population qui a tenté de perdre du poids ou de le maintenir selon le nombre de méthodes saines utilisées au cours des six derniers mois	8,0 %	Négligeable
SAINE1	Proportion de la population qui a utilisé presque tous les jours au moins une méthode saine dans le but de perdre du poids ou de le maintenir au cours des six derniers mois, parmi les personnes qui ont tenté de perdre du poids ou de le maintenir	8,0 %	Négligeable
SEX12	Proportion de la population active sexuellement au cours des 12 derniers mois	5,3 %	Légère surestimation des personnes ayant été actives sexuellement
STERIH	Proportion des hommes actifs sexuellement au cours des 12 derniers mois (relations hétérosexuelles) ayant utilisé le stérilet comme moyen de contraception	6,3 %	Négligeable
TMSACTUT_COUR	Répartition des travailleurs ayant eu des troubles musculo-squelettiques au cou d'origine traumatique, au cours des 12 derniers mois, selon la relation entre ces troubles et l'emploi principal actuel	12,4 %	Négligeable
TMSACTUT_DOSR	Répartition des travailleurs ayant eu des troubles musculo-squelettiques au dos d'origine traumatique, au cours des 12 derniers mois, selon la relation entre ces troubles et l'emploi principal actuel	8,4 %	Négligeable
TMSACTUT_MINFR	Répartition des travailleurs ayant eu des troubles musculo-squelettiques aux membres inférieurs d'origine traumatique, au cours des 12 derniers mois, selon la relation entre ces troubles et l'emploi principal actuel	6,9 %	Négligeable
TMSACTUT_MSUPR	Répartition des travailleurs ayant eu des troubles musculo-squelettiques aux membres supérieurs d'origine traumatique, au cours des 12 derniers mois, selon la relation entre ces troubles et l'emploi principal actuel	8,5 %	Négligeable
VASECH	Proportion des hommes actifs sexuellement au cours des 12 derniers mois (relations hétérosexuelles) ayant utilisé la vasectomie comme moyen de contraception	6,3 %	Négligeable

1. La liste complète des indicateurs (y compris ceux disponibles à l'Infocentre mais qui n'ont pas été analysés dans le rapport d'enquête) présentant une non-réponse partielle supérieure à 5 % se trouve dans le guide méthodologique de l'enquête (ISQ, 2016).

RÉFÉRENCES

BAULNE, J., et R. COURTEMANCHE, avec la collaboration de V. ROY (2016). *Enquête québécoise sur la santé de la population 2014-2015. Comparabilité des données de la deuxième édition de l'enquête*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 44 p.

CÔTÉ, L., R. COURTEMANCHE et B. CARON, avec la collaboration de C. DAVELUY, C. ROBITAILLE, R. BARALDI et M. BORDELEAU (2005). *Comparabilité entre les cycles 1.1 et 2.1 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : impact du changement apporté à la répartition de l'échantillon selon la base de sondage*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 69 p.

HAZIZA, D., et J.-F. BEAUMONT (2007). "On the Construction of Imputation Classes in Surveys", *International Statistical Review*, vol. 75, n° 1, p. 25-43.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC et DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE L'AGENCE DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL (2012). *Rapport de l'Étude globale sur la santé des Montréalais – Étude comparative d'une collecte unimode téléphonique et d'une collecte multimode (téléphonique et Web)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 265 p.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, en collaboration avec l'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2016). *Guide spécifique des aspects méthodologiques des données d'enquêtes sociosanitaires du Plan national de surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants (Plan commun de surveillance et Plan ministériel de surveillance multithématique) – Enquête québécoise sur la santé de la population 2014-2015*, Québec, Gouvernement du Québec, 83 p.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, en collaboration avec l'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2014). *Guide spécifique des aspects méthodologiques des données d'enquêtes sociosanitaires du Plan commun de surveillance – Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011, version révisée*, Québec, Gouvernement du Québec, 126 p.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, en collaboration avec l'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2013). *Guide spécifique des aspects méthodologiques des données d'enquêtes sociosanitaires du Plan national de surveillance – Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle 2012*, Québec, Gouvernement du Québec, 175 p.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, en collaboration avec l'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC et le MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2010). *Guide spécifique des aspects méthodologiques des données d'enquêtes sociosanitaires du Plan commun de surveillance – Enquête québécoise sur la santé de la population 2008*, Québec, Gouvernement du Québec, 117 p.

KORN, E. L., et B. I. GRAUBARD (1999). *Analysis of Health Surveys*, New York, John Wiley & Sons, 382 p.

PLANTE, N., L. CÔTÉ, R. COURTEMANCHE et V. NANHOU (2010). *Incidence des changements méthodologiques de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes sur la comparabilité entre les cycles 1.1, 2.1 et 3.1 aux niveaux provincial et régional, de même que sur la comparabilité régionale intracycle*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 88 p.

PLANTE, N., et R. COURTEMANCHE (2010). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Comparabilité des données de l'ESCC, cycle 2007-2008*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 7 p.

PLANTE, N., R. COURTEMANCHE et M. BORDELEAU (2014). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Comparabilité des données de l'ESCC, cycle 2011-2012*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 37 p.

PLANTE, N., R. COURTEMANCHE, M. BORDELEAU et D. DU MAYS (2012). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Comparabilité des données de l'ESCC, cycle 2009-2010*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 35 p.

RAO, J. N. K., et A. J. SCOTT (1981). "The analysis of categorical data from complex surveys: Chi-squared tests for goodness of fit and independence in two-way tables", *Journal of the American Statistical Association*, vol. 76, n° 374, p. 221-230.

ST-PIERRE, M., et Y. BÉLAND (2004). "Mode Effects in the Canadian Community Health Survey. A Comparison of CAPI and CATI", *2004 Proceedings of the American Statistical Association Meeting, Survey Research Methods*. Toronto, Canada: American Statistical Association.

PARTIE 1

HABITUDES DE VIE ET COMPORTEMENTS

Chapitre 2

ACTIVITÉ PHYSIQUE DE LOISIR ET DE TRANSPORT

La pratique régulière de l'activité physique apporte plusieurs bénéfices pour la santé. Elle est associée, entre autres, à la diminution du risque de maladies cardiovasculaires, d'obésité, d'hypertension, de diabète, de dépression et de certains types de cancer (OMS, 2010). Les quatre domaines[1] d'activité physique, potentiellement inclus dans une journée, peuvent contribuer à l'atteinte du volume hebdomadaire recommandé. Toutefois, la contribution de chaque domaine d'activité physique peut varier grandement d'un individu à l'autre ; il est donc important d'avoir une information spécifique sur chacun de ces domaines. Les domaines « Activité physique de loisir (APL) » et « Activité physique de transport (APT) » ont été retenus dans l'EQSP 2014-2015 puisqu'ils ont un potentiel de bénéfices et de changements élevé. De plus, ils sont l'objet d'une promotion soutenue depuis de nombreuses années (Traoré et autres, 2012).

QUE MESURE-T-ON ?

L'indicateur du niveau d'activité physique de loisir, mesuré dans l'EQSP, est construit à partir de cinq questions (APH_2_1 à APH_2_5) qui portent sur la pratique globale d'activités, telles que le sport, le plein air, les activités de conditionnement physique, la danse ou simplement la marche, qu'elle soit pratiquée dans son quartier, dans un parc ou à tout autre endroit. L'indicateur du niveau d'activité physique de transport est construit à partir de cinq questions (APH_1_1 à APH_1_5) portant sur les modes de transport actif, comme la marche, la bicyclette, le patin à roues alignées ou tout autre moyen actif, utilisés pour se rendre au travail, à l'école, au magasin ou à tout autre endroit. Finalement, l'indicateur du niveau d'activité physique de loisir et de transport est calculé en combinant l'activité physique de loisir et celle de transport. Chaque indicateur se divise en quatre catégories (niveaux) : « actif », « moyennement actif », « un peu actif » et « sédentaire »[2].

La méthode de calcul et l'attribution du niveau d'activité physique sont présentées dans le document technique portant sur l'indice d'activité physique (Nolin, 2016). Pour chaque niveau et chaque type d'activité physique (loisir ou transport), la fréquence, la durée et l'intensité sont à la base des calculs effectués. Il faut mentionner que le niveau « sédentaire » correspond à une pratique inférieure à une fois par semaine au cours des quatre dernières semaines, soit : aucune activité ou ne pas faire de l'activité physique chaque semaine.

Dans ce chapitre, nous présenterons aussi quelques résultats selon deux recommandations en matière de niveau d'activité physique atteint :

1. niveau supérieur recommandé, c'est-à-dire se classer dans le niveau « actif » ;
2. niveau minimal recommandé, c'est-à-dire se classer dans le niveau « moyennement actif » ou le niveau « actif ».

Les nouvelles recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2010) sont venues officialiser les bienfaits associés au niveau moyennement actif et, par le fait même, de faire de ce niveau la nouvelle recommandation minimale (Nolin, 2016).

Comme les indicateurs d'activité physique retenus dans cette enquête portent uniquement sur deux domaines (loisir et transport), aucune information n'est disponible sur l'activité physique domestique et sur celle associée au travail ou à l'occupation. Par conséquent, les résultats de l'enquête sous-estiment le niveau global (domestique + travail ou occupation + transport + loisir) d'activité physique des individus, au cours des quatre dernières semaines, et surestiment leur niveau de sédentarité.

1. Domestique, travail ou occupation principale, transport et loisir (Nolin et autres, 2001 : 171 ; OMS, 2010 : 52).
2. Les niveaux sont établis pour les 18 ans et plus, mais, dans cette enquête, ils sont appliqués également aux 15 à 17 ans.

QUE DISENT LES RÉSULTATS?

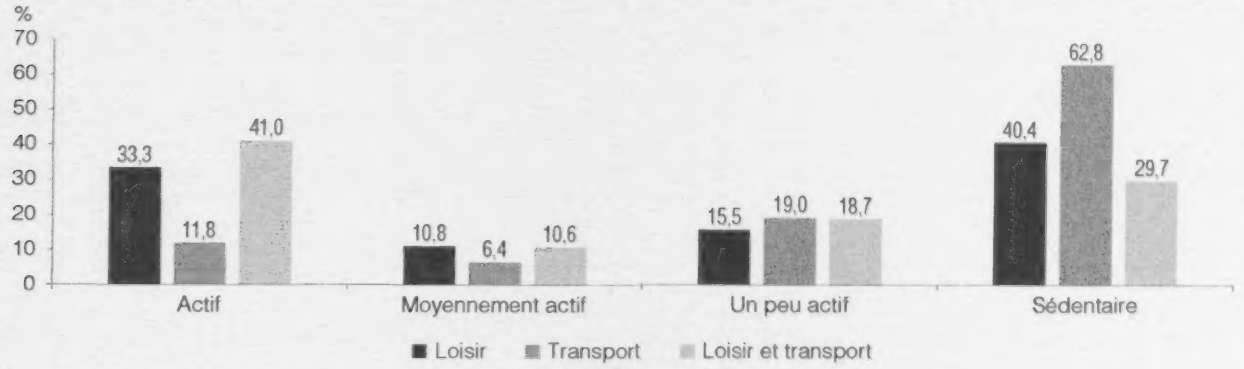
En ce qui concerne l'activité physique de loisir, environ 33 % des Québécois de 15 ans et plus sont actifs et 11 % sont moyennement actifs (figure 2.1). C'est donc dire que plus de 4 sur 10 (44 %) atteignent le niveau minimal recommandé (soit « actif » ou « moyennement actif »). À l'autre extrémité du continuum de pratique, près de 40 % sont sédentaires (figure 2.1). En ce qui a trait à l'activité physique de transport, un peu moins de 12 % sont actifs, environ 6 %, moyennement actifs et près de 63 % sont sédentaires (figure 2.1). En combinant les deux domaines (loisir et transport), on constate qu'environ 41 % des Québécois de 15 ans et plus atteignent le niveau supérieur recommandé (actif) et 11 % sont moyennement actifs. Il ressort donc que plus de la moitié de la population de cet âge (52 %) atteint le niveau minimal pour ces deux domaines d'activité physique, mais près de 3 personnes sur 10 (30 %) demeurent sédentaires.

Sexe et âge

L'EQSP 2014-2015 révèle qu'une plus grande proportion d'hommes que de femmes atteignent le niveau supérieur recommandé (actif : 44 % c. 38 %) lorsqu'on additionne les domaines *loisir* et *transport* (tableau 2.1). À l'inverse, ces dernières sont plus nombreuses à être moyennement actives (12 % c. 10 %), un peu actives (19 % c. 18 %) et sédentaires (31 % c. 29 %) pour ces deux domaines d'activité physique combinés.

La proportion de la population québécoise de 15 ans et plus atteignant le niveau supérieur recommandé (actif) diminue à mesure que l'âge augmente, passant de 56 % chez les 15 à 24 ans à près de 30 % chez les 65 ans et plus. En contrepartie, la proportion de personnes sédentaires quant à l'activité physique de loisir et de transport croît avec l'âge : de 22 % chez les 15 à 24 ans à 38 % chez les 65 ans et plus (tableau 2.1) ; la même situation s'observe chez les personnes un peu actives : de 13 % chez les 15 à 24 ans à 23 % chez les 65 ans et plus.

Figure 2.1
Niveau d'activité physique de loisir et de transport au cours des quatre dernières semaines, population de 15 ans et plus, Québec, 2014-2015



Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

Tableau 2.1
Niveau d'activité physique de loisir et de transport au cours des quatre dernières semaines selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2014-2015

	Actif	Moyennement actif	Un peu actif	Sédentaire
	%			
Total	41,0	10,6	18,7	29,7
Sexe				
Hommes	43,7[a]	9,6[a]	17,8[a]	28,9[a]
Femmes	38,4[a]	11,6[a]	19,5[a]	30,5[a]
Âge				
15-24 ans	56,0[a]	8,6[a,b]	13,2[a]	22,2[a]
25-44 ans	44,3[a]	12,1[b,c]	17,1[a]	26,6[a]
45-64 ans	37,3[a]	11,0[b,d]	20,2[a]	31,6[a]
65 ans et plus	30,3[a]	9,0[c,d]	23,0[a]	37,7[a]

a, b, c, d: Pour une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions d'une même colonne au seuil de 0,01.
Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

Scolarité, revenu, composition du ménage et occupation

Le niveau d'activité physique de loisir et de transport augmente avec le niveau de scolarité. En effet, les individus possédant un diplôme universitaire affichent la proportion la plus élevée de personnes actives (50 %) et ceux qui n'ont pas obtenu de diplôme d'études secondaires présentent la proportion la plus importante de personnes sédentaires (40 %) (tableau 2.2).

Les personnes dont le ménage est à faible revenu sont proportionnellement moins nombreuses à être actives que celles des autres ménages (33 % c. 43 %). À l'opposé, la proportion de personnes sédentaires est plus importante chez les Québécois dont le revenu du ménage est faible (38 % c. 27 %). Les couples avec enfants sont proportionnellement plus nombreux à se classer dans le niveau actif (44 %) que les autres catégories retenues, à l'exception de la catégorie « autre » (tableau 2.2). Ainsi, la proportion de personnes sédentaires est plus faible dans les couples avec enfants (28 %) comparativement aux personnes vivant seules (31 %) et aux couples sans enfant (31 %). Quant aux personnes sans emploi, elles affichent la proportion la plus élevée de personnes sédentaires (38 %) en comparaison des autres catégories. Enfin, les étudiants sont en proportion plus nombreux à être actifs (56 %) que les autres catégories.

Cigarette et drogues

Les fumeurs réguliers (42 %) sont, en proportion, plus nombreux à être sédentaires que les fumeurs occasionnels (28 %), les anciens fumeurs (28 %) et les non-fumeurs (27 %) (tableau 2.3). Inversement, la proportion de personnes actives est moins importante chez les fumeurs réguliers (30 %) que dans les autres catégories du statut de fumeur de cigarette.

La proportion de personnes actives est plus élevée chez les Québécois qui ont consommé de la drogue au cours de la dernière année, comparativement à ceux qui n'en ont pas consommé (49 % c. 39 %). De plus, les consommateurs de drogues sont, en proportion, moins nombreux à être sédentaires que les personnes qui ne consomment pas de drogue (26 % c. 30 %).

Perception de son état de santé

Les Québécois de 15 ans et plus se considérant en excellente ou très bonne santé sont proportionnellement plus nombreux à être actifs (49 %) que ceux qui estiment leur santé moins bonne (tableau 2.3). À l'inverse, plus d'un Québécois sur deux évaluant son état de santé comme passable ou mauvais est sédentaire (51 %).

Tableau 2.2
Niveau d'activité physique de loisir et de transport au cours des quatre dernières semaines selon certaines caractéristiques sociodémographiques, population de 15 ans et plus, Québec, 2014-2015

	Actif	Moyennement actif	Un peu actif	Sédentaire
	%			
Niveau de scolarité				
Niveau inférieur au DES	31,6[a]	8,4[a,b]	19,9[a,b]	40,2[a]
Diplôme d'études secondaires (DES)	36,8[a]	10,0[a,b]	20,3[c,d]	32,9[a]
Diplôme ou certificat d'études collégiales[1]	43,1[a]	11,5[a]	17,7[a,c]	27,7[a]
Diplôme d'études universitaires	49,6[a]	12,1[b]	17,7[b,d]	20,6[a]
Mesure de faible revenu				
Ménages à faible revenu	32,9[a]	9,1[a]	20,4[a]	37,6[a]
Autres ménages	43,4[a]	11,1[a]	18,2[a]	27,3[a]
Composition du ménage				
Personne vivant seule	39,3[a]	10,5	19,7[a]	30,6[a]
Couple sans enfant	38,3[b,c]	10,6	20,5[b,c]	30,7[b]
Couple avec enfants	44,0[a,b,d]	11,3	17,0[a,b]	27,8[a,b]
Famille monoparentale	40,4[d]	9,5	19,3	30,8
Autre	41,7[c]	9,8	18,1[c]	30,4
Occupation principale				
Travailleurs	41,5[a,b]	11,5[a,b]	18,2[a]	28,7[a]
Étudiants	55,9[a,b]	9,2[a]	13,9[a,b]	21,0[a]
Personnes sans emploi	31,8[a]	10,5	20,0[b]	37,7[a]
Retraités	34,3[b]	9,4[b]	22,6[a]	33,6[a]

a, b, c, d : Pour une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions d'une même colonne au seuil de 0,01.
1. Cette catégorie inclut aussi le diplôme ou le certificat d'études d'une école de métiers ou de formation professionnelle.
Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

Statut pondéral

Les personnes de 15 ans et plus qui font de l'obésité sont, en proportion, moins nombreuses à se classer dans le niveau actif (32 %) que celles des autres catégories du statut pondéral. On constate également que les Québécois faisant de l'obésité sont plus sédentaires (41 %) que ceux de poids inférieur (tableau 2.3).

Satisfaction à l'égard de sa vie sociale

Les Québécois qui sont très satisfaits de leur vie sociale sont proportionnellement plus nombreux à se trouver dans le niveau actif d'activité physique de loisir et de transport (43 %) que ceux qui ont une moins bonne appréciation de leur vie sociale (tableau 2.3). À l'opposé, les personnes insatisfaites de leur vie sociale affichent la proportion la plus importante de personnes sédentaires (38 %).

Niveau de détresse psychologique

La proportion de Québécois actifs est moins grande chez ceux qui se situent au niveau élevé de détresse psychologique comparativement à ceux qui affichent un niveau faible ou moyen (36 % c. 43 %) (tableau 2.3). À l'inverse, ces derniers sont, en proportion, moins nombreux à être sédentaires que les personnes qui atteignent le niveau élevé sur l'échelle de détresse psychologique (27 % c. 36 %).

ÉVOLUTION DEPUIS 2008

L'EQSP mesure pour la première fois, en 2014-2015, le niveau d'activité physique ; par conséquent, aucune comparaison ne peut être faite avec l'EQSP 2008.

Tableau 2.3
Niveau d'activité physique de loisir et de transport au cours des quatre dernières semaines selon certaines caractéristiques individuelles, population de 15 ans et plus, Québec, 2014-2015

	Actif	Moyennement actif	Un peu actif	Sédentaire
	%			
Statut de fumeur de cigarette				
Fumeurs réguliers	29,6[a,b]	8,7[a,b]	20,0[a]	41,6[a,b,c]
Fumeurs occasionnels	43,4[a]	10,8	17,8	28,1[a]
Anciens fumeurs	40,9[b]	11,3[a]	19,5[b]	28,3[b]
Non fumeurs	45,0[b]	10,6[b]	17,4[a,b]	26,9[c]
Consommation de drogues[1]				
Oui	49,3[a]	9,7	15,4[a]	25,5[a]
Non	39,4[a]	10,9	19,5[a]	30,3[a]
Perception de son état de santé				
Excellent/Très bon	49,0[a]	10,9[a]	18,0[a]	22,1[a]
Bon	32,8[a]	10,8[b]	20,1[a]	36,3[a]
Passable/Mauvais	22,6[a]	8,5[a,b]	18,0	50,8[a]
Statut pondéral				
Poids insuffisant	38,3[a]	11,0	21,2	29,5[a]
Poids normal	46,0[a,b]	10,8	19,0	24,1[b]
Embonpoint	40,8[b]	10,8	18,5	29,8[b]
Obésité	31,8[a,b]	9,9	17,7	40,6[a,b]
Satisfaction à l'égard de sa vie sociale				
Très satisfaisante	42,9[a]	10,1[a]	19,3	27,8[a]
Plutôt satisfaisante	40,1[a]	11,3[a]	18,4	30,2[a]
Insatisfaisante	33,9[a]	10,9	17,0	38,2[a]
Niveau sur l'échelle de détresse psychologique				
Élevé	36,0[a]	10,2	17,6[a]	36,2[a]
Faible ou moyen	43,2[a]	10,8	19,1[a]	26,8[a]

a, b, c : Pour une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions d'une même colonne au seuil de 0,01.
1. Au cours des 12 derniers mois.
Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

À RETENIR

Plus de 5 personnes de 15 ans et plus sur 10 atteignent le niveau minimal recommandé (actif ou moyennement actif), et plus de 4 sur 10 atteignent le niveau supérieur (actif).

Une proportion plus importante d'hommes que de femmes atteignent les niveaux minimal et supérieur recommandés.

La proportion de personnes atteignant le niveau supérieur recommandé (actif) diminue à mesure que l'âge augmente. À l'inverse, la proportion de personnes sédentaires croît.

Un niveau de scolarité plus élevé est associé à une proportion plus grande de personnes actives. Les personnes dont le ménage est à faible revenu sont moins actives que les autres.

La proportion de personnes actives est plus élevée chez les étudiants que chez les personnes des autres catégories.

Les personnes ayant une meilleure perception de leur santé, très satisfaites à l'égard de leur vie sociale ou présentant un niveau faible ou moyen de détresse psychologique sont plus nombreuses, en proportion, à être actives.

Le maintien d'un poids normal, l'abstinence tabagique et la consommation occasionnelle de cigarettes sont trois facteurs associés à une proportion plus élevée de personnes actives. Cependant, cette proportion est également plus élevée chez les individus qui ont consommé de la drogue au cours des 12 derniers mois.

RÉFÉRENCES

NOLIN, B. (2016). *Indice d'activité physique : Document technique – Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) 2014-2015*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 15 p., [En ligne]. [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2163_indice_activite_physique.pdf].(Consulté le 13 septembre 2016).

NOLIN, B., G. GODIN et D. PRUD'HOMME (2001). « Activité physique », dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 7, p. 171-183.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (2010). *Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé*, Genève, Éditions de l'OMS, 58 p., [En ligne]. [apps.who.int/iris/bitstream/10665/44436/1/9789242599978_fre.pdf] (Consulté le 6 juin 2016).

TRAORÉ, I., B. NOLIN et L. A. PICA (2012). « Activité physique de loisir et de transport », dans *L'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011. Le visage des jeunes d'aujourd'hui : leur santé physique et leurs habitudes de vie*, Québec, Institut de la statistique du Québec, tome 1, chapitre 4, p. 97-119.

Chapitre 3

SANTÉ ET HYGIÈNE BUCCODENTAIRE

Dans ce chapitre, nous dressons un portrait de l'état de la santé buccodentaire de la population du Québec de 15 ans et plus à partir de quatre indicateurs. La santé de la bouche et des dents peut être évaluée par l'édentation, le brossage des dents, l'utilisation de la soie dentaire et la perception de sa santé buccodentaire.

L'édentation ou le fait de ne plus avoir de dents naturelles peut entraîner des répercussions sur les plans physique, social et psychologique telles que des problèmes d'élocution, de mastication, de nutrition, d'esthétique et d'estime de soi, en plus de créer un fardeau financier lié à la fabrication et au remplacement des prothèses dentaires (U.S. Department of Health and Human Services, 2000). C'est pourquoi la réduction du nombre de personnes édentées est l'un des objectifs en matière de santé buccodentaire de l'Organisation mondiale de la santé d'ici 2020 (Hobdell et autres, 2003).

Le brossage des dents fait partie des bonnes habitudes d'hygiène buccodentaire et est recommandé pour plusieurs raisons, notamment à cause de son effet sur la plaque dentaire ; le fait de brosser les dents au moins deux fois par jour serait suffisant pour prévenir les maladies des gencives (Davies et autres, 2003 ; Lewis et Ismail, 1995). Le brossage des dents, généralement fait avec un dentifrice fluoré, sert aussi à l'application du fluorure, lequel est connu pour son effet protecteur contre la carie dentaire.

L'utilisation quotidienne ou régulière de la soie dentaire fait partie des recommandations en matière d'hygiène buccodentaire. La soie permet de déloger la plaque dentaire et ainsi de réduire les risques de maladies buccodentaires.

Enfin, pour mieux appréhender la santé buccodentaire dans sa globalité, il est nécessaire d'utiliser des indicateurs qui mesurent la perception que les individus ont de leur propre santé buccodentaire (Gift, 1997).

3.1 Édentation

QUE MESURE-T-ON ?

L'indicateur de la prévalence de l'édentation complète au Québec est construit à partir de deux questions : (BUC_3) « Vous reste-t-il au moins une dent naturelle en haut (au maxillaire supérieur) ? » et (BUC_4) « Vous reste-t-il au moins une dent naturelle en bas (au maxillaire inférieur) ? ». Les personnes ayant répondu « non » aux deux questions n'ont aucune dent naturelle. Par ailleurs, l'EQSP ne permet pas de distinguer, parmi les personnes édentées, celles qui ont des prothèses. On ne connaît pas non plus l'existence des prothèses chez les personnes qui auraient au moins une dent naturelle. D'un autre côté, on peut émettre l'hypothèse que la grande majorité des personnes édentées portent des prothèses.

QUE DISENT LES RÉSULTATS ?

La proportion de la population de 15 ans et plus n'ayant aucune dent naturelle en 2014-2015 est de presque 10 %.

Sexe et âge

L'âge joue un rôle prépondérant dans l'édentation de la population québécoise puisque les personnes édentées sont très peu nombreuses chez les moins de 45 ans. Par contre, le tiers de la population des 65 ans et plus (33 %) est touché par ce phénomène (tableau 3.1). Parmi cette dernière, l'édentation continue à augmenter avec l'âge et, en proportion, davantage de femmes de 65 ans et plus sont édentées, comparativement aux hommes du même âge (36 % c. 30 %) (tableau 3.2).

Tableau 3.1
Personnes édentées selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2014-2015

	%
Total	**9,9**
Sexe	
Hommes	8,6 [a]
Femmes	11,2 [a]
Âge	
15-24 ans	1,7 *[a]
25-44 ans	0,7 *[a]
45-64 ans	9,0 [a]
65 ans et plus	33,3 [a]

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.

a : Pour une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions au seuil de 0,01.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

Tableau 3.2
Personnes édentées selon le sexe, l'âge, la scolarité et le revenu, population de 65 ans et plus, Québec, 2014-2015

	%
Total (65 ans et plus)	**33,3**
Sexe	
Hommes	30,0 [a]
Femmes	36,0 [a]
Âge	
65-74 ans	26,9 [a]
75-84 ans	40,8 [a]
85 ans et plus	51,1 [a]
Niveau de scolarité	
Niveau inférieur au DES	49,4 [a]
Diplôme d'études secondaires (DES)	30,6 [a]
Diplôme ou certificat d'études collégiales [1]	22,4 [a]
Diplôme d'études universitaires	11,7 [a]
Mesure de faible revenu	
Ménages à faible revenu	45,8 [a]
Autres ménages	26,1 [a]

a : Pour une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions au seuil de 0,01.

1. Cette catégorie inclut aussi le diplôme ou le certificat d'études d'une école de métiers ou de formation professionnelle.

Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

Scolarité et revenu

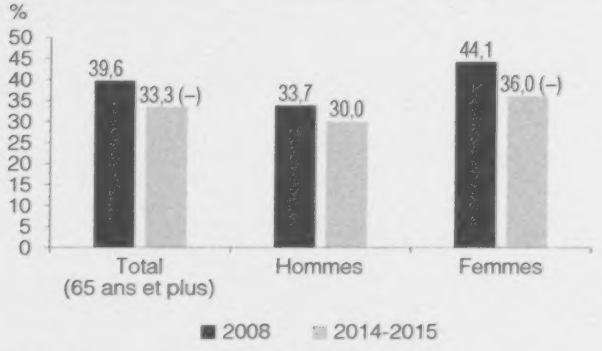
La proportion de personnes édentées de 65 ans et plus diminue lorsque le niveau de scolarité est plus élevé, passant de 49 % chez celles ne détenant pas de diplôme d'études secondaires à 12 % chez les personnes ayant un diplôme universitaire. De plus, toujours dans la population de 65 ans et plus, la proportion de personnes édentées est plus grande chez celles dont le ménage est à faible revenu que chez les autres (46 % c. 26 %) (tableau 3.2).

ÉVOLUTION DEPUIS 2008

L'indicateur n'est pas jugé affecté par le changement de mode de collecte entre les deux éditions. Des comparaisons avec l'EQSP 2008 peuvent donc être faites en utilisant l'échantillon complet de l'édition 2014-2015 (voir chapitre 1, section 1.5.3).

La proportion de la population de 15 ans et plus n'ayant aucune dent naturelle a connu une légère diminution par rapport à l'EQSP 2008 (11 %) (donnée non illustrée). La proportion de personnes édentées a diminué chez les 65 ans et plus, passant de 40 % en 2008 à 33 % en 2014-2015 (figure 3.1). Dans ce même groupe d'âge, on constate une diminution de la proportion de femmes n'ayant plus de dents naturelles (44 % c. 36 %), tandis que cette proportion chez les hommes n'a pas changé de manière significative.

Figure 3.1
Personnes édentées selon le sexe, population de 65 ans et plus, Québec, 2008 et 2014-2015

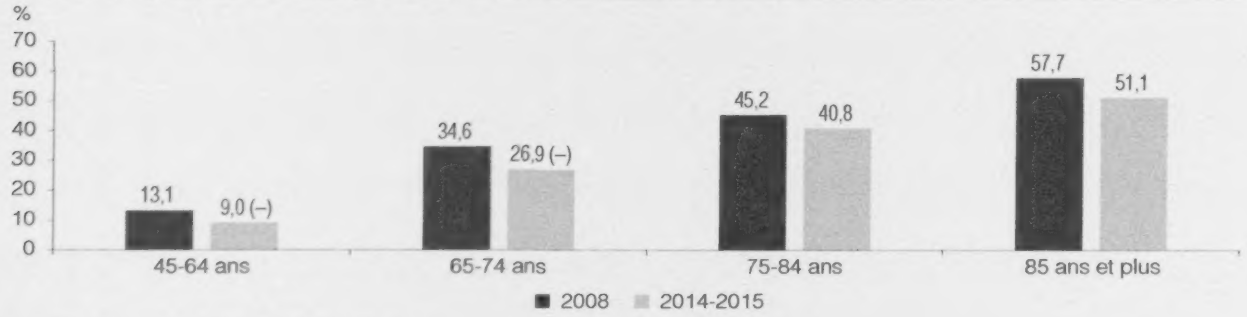


(–) : Diminution significative depuis 2008 au seuil de 0,01.

Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2008 et 2014-2015.

Figure 3.2
Personnes édentées selon l'âge, population de 45 ans et plus, Québec, 2008 et 2014-2015



(–): Diminution significative depuis 2008 au seuil de 0,01.
Note: Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.
Sources: Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2008 et 2014-2015.

Dans la figure 3.2, qui présente les taux d'édentation chez les 45 ans et plus pour les deux éditions de l'enquête, les écarts sont très semblables et non significatifs pour les 75-84 ans et les 85 ans et plus, mais les 45-64 ans et les 65-74 ans présentent une baisse significative comparativement à l'EQSP 2008.

3.2 Brossage des dents

QUE MESURE-T-ON?

Basées sur la question (BUC_2) « À quelle fréquence vous brossez-vous les dents? », les catégories « plus de deux fois par jour » et « deux fois par jour » ont été regroupées afin de calculer la proportion de la population se brossant les dents ou prothèses au moins deux fois par jour.

QUE DISENT LES RÉSULTATS?

L'habitude de se brosser les dents (ou les prothèses) au moins deux fois par jour fait partie du quotidien des trois quarts de la population québécoise en 2014-2015 (tableau 3.3).

Sexe et âge

Le tableau 3.3 montre que le fait de se brosser les dents au moins deux fois par jour varie selon le sexe et l'âge. En effet, dans l'ensemble de la population, les hommes adoptent moins ce comportement que les femmes (66 % c. 83 %), et cet écart se reflète dans tous les groupes d'âge. Le fait de se brosser les dents au moins deux fois par jour diminue à mesure que l'âge augmente dans la population de 25 ans et plus; la proportion passe de 78 % chez les 25-44 ans à 69 % chez les 65 ans et plus (tableau 3.3).

Tableau 3.3
Brossage des dents au moins deux fois par jour selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2014-2015

	Total	Hommes	Femmes
		%	
15 ans et plus	**74,6**	**65,9**[a]	**83,2**[a]
15-24 ans	**79,0**[A]	71,6[a]	86,5[a]
25-44 ans	**77,5**[B]	71,1[a]	84,1[a]
45-64 ans	**73,5**[A,B]	63,6[a]	83,4[a]
65 ans et plus	**68,5**[A,B]	55,6[a]	79,0[a]

a: Pour un groupe d'âge donné, le même exposant exprime une différence significative entre les hommes et les femmes au seuil de 0,01.
A, B: Pour les deux sexes réunis, le même exposant exprime une différence significative entre les groupes d'âge au seuil de 0,01.
Note: Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.
Source: Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

Scolarité et revenu

La proportion de Québécois de 15 ans et plus se brossant les dents au moins deux fois par jour augmente avec le niveau de scolarité, passant de 67 % chez les individus sans diplôme d'études secondaires à 81 % chez les titulaires d'un diplôme universitaire. De plus, la proportion est plus élevée chez les personnes dont le ménage n'est pas à faible revenu (76 % c. 69 %) (tableau 3.4).

Soie dentaire, édentation et statut de fumeur

Les Québécois utilisant la soie dentaire au moins une fois par jour[1] sont plus enclins à se brosser les dents au moins deux fois par jour que ceux qui ne l'utilisent pas quotidiennement (86 % c. 71 %) (tableau 3.5). Il en est de même pour les personnes non édentées (76 % c. 63 %). Enfin, le brossage des dents au moins deux fois par jour est plus répandu chez les non-fumeurs de cigarette que chez les fumeurs actuels (76 % c. 69 %).

Tableau 3.4
Brossage des dents au moins deux fois par jour selon la scolarité et le revenu, population de 15 ans et plus, Québec, 2014-2015

	%
Niveau de scolarité	
Niveau inférieur au DES	66,6[a]
Diplôme d'études secondaires (DES)	72,3[a]
Diplôme ou certificat d'études collégiales[1]	75,9[a]
Diplôme d'études universitaires	81,4[a]
Mesure de faible revenu	
Ménages à faible revenu	69,0[a]
Autres ménages	76,3[a]

a : Pour une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions au seuil de 0,01.

1. Cette catégorie inclut aussi le diplôme ou le certificat d'études d'une école de métiers ou de formation professionnelle.

Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

Tableau 3.5
Brossage des dents au moins deux fois par jour selon l'utilisation de la soie dentaire, l'édentation et le statut de fumeur, population de 15 ans et plus, Québec, 2014-2015

	%
Utilise la soie dentaire tous les jours	
Oui	85,5[a]
Non	70,8[a]
Aucune dent naturelle	
Oui	62,6[a]
Non	75,9[a]
Statut de fumeur de cigarette	
Fumeurs actuels	69,0[a]
Non-fumeurs	75,9[a]

a : Pour une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions au seuil de 0,01.

Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

ÉVOLUTION DEPUIS 2008

L'indicateur est affecté par le mode de collecte. Les comparaisons avec l'EQSP 2008 doivent donc être faites en utilisant les estimations du volet téléphonique seulement de l'édition 2014-2015 (voir chapitre 1, section 1.5.3).

L'habitude de se brosser les dents (ou les prothèses) au moins deux fois par jour fait partie du quotidien d'une proportion de la population québécoise du même ordre qu'en 2008[2].

1. Indicateur présenté au point 3.3.
2. Lorsqu'on examine les statistiques comparables (79 % en 2008 et 78 % dans le volet téléphonique seulement de 2014-2015).

3.3 Utilisation de la soie dentaire

QUE MESURE-T-ON?

L'indicateur de la fréquence d'utilisation de la soie dentaire repose sur la question (BUC_5) « À quelle fréquence utilisez-vous la soie dentaire ? ». Cette question s'adresse aux personnes de 15 ans et plus ayant au moins une dent naturelle. Les catégories de réponse « une fois par jour » et « plus d'une fois par jour » ont été regroupées afin d'estimer la proportion de la population utilisant la soie dentaire tous les jours[3].

QUE DISENT LES RÉSULTATS?

En 2014-2015, l'utilisation de la soie dentaire au moins une fois par jour est une habitude pour environ 35 % de la population québécoise de 15 ans et plus ayant au moins une dent naturelle (tableau 3.6).

Tableau 3.6
Utilisation de la soie dentaire au moins une fois par jour selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus ayant au moins une dent naturelle, Québec, 2014-2015

	Total	Hommes	Femmes
		%	
15 ans et plus	**34,6**	**28,0**[a]	**41,2**[a]
15-24 ans	**23,2**[A]	20,0[a]	26,4[a]
25-44 ans	**29,8**[A]	25,0[a]	34,8[a]
45-64 ans	**41,0**[A]	33,7[a]	48,6[a]
65 ans et plus	**43,7**[A]	30,7[a]	55,1[a]

a : Pour un groupe d'âge donné, le même exposant exprime une différence significative entre les hommes et les femmes au seuil de 0,01.

A : Pour les deux sexes réunis, le même exposant exprime une différence significative entre les groupes d'âge au seuil de 0,01.

Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

Sexe et âge

Dans la population de 15 ans et plus, l'utilisation de la soie dentaire sur une base quotidienne est un comportement moins répandu chez les hommes que chez les femmes (28 % c. 41 %). Cet écart est noté dans tous les groupes d'âge (tableau 3.6).

De plus, l'utilisation quotidienne de cet outil d'hygiène dentaire complémentaire à la brosse à dents augmente avec l'âge ; la proportion passe de 23 % chez les 15-24 ans à 44 % chez les 65 ans et plus (tableau 3.6).

Scolarité et revenu

L'usage de la soie dentaire au moins une fois par jour varie selon le niveau de scolarité dans certains groupes d'âge. Chez les personnes de 45 à 64 ans, il passe de 36 % à 45 %, alors que les personnes de 65 ans et plus n'ayant pas de diplôme sont moins susceptibles que celles des autres catégories d'utiliser la soie dentaire tous les jours. De plus, l'usage quotidien de la soie dentaire est associé à la mesure de faible revenu uniquement chez les 25-44 ans ; de fait, dans ce groupe, un tel usage est plus répandu dans les ménages à faible revenu (tableau 3.7).

3. Notons que d'autres accessoires peuvent être utilisés pour le nettoyage des espaces entre les dents, mais ils n'ont pas été pris en compte dans l'enquête.

Tableau 3.7
Utilisation de la soie dentaire au moins une fois par jour selon l'âge, la scolarité et le revenu, population de 15 ans et plus ayant au moins une dent naturelle, Québec, 2014-2015

	Total	15-24 ans	25-44 ans	45-64 ans	65 ans et plus
	%				
Niveau de scolarité					
Niveau inférieur au DES	32,2[a,b]	24,0	32,5	36,2[a]	36,5[a,b,c]
Diplôme d'études secondaires (DES)	35,2[a]	24,5	31,8	39,6[b]	43,5[a]
Diplôme ou certificat d'études collégiales[1]	33,4[c]	22,0	28,9	40,8[a]	47,1[b]
Diplôme d'études universitaires	36,4[b,c]	19,9	29,0	45,1[a,b]	48,4[c]
Mesure de faible revenu					
Ménages à faible revenu	34,7	22,9	33,4[a]	40,4	41,5
Autres ménages	34,6	23,3	28,9[a]	41,1	44,6

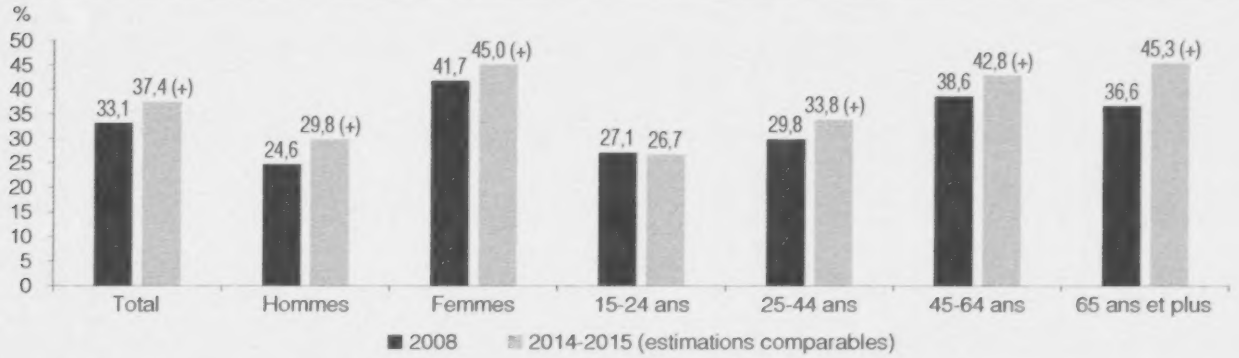
a, b, c : Pour une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions d'une même colonne au seuil de 0,01.
1. Cette catégorie inclut aussi le diplôme ou le certificat d'études d'une école de métiers ou de formation professionnelle.
Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

ÉVOLUTION DEPUIS 2008

L'indicateur est affecté par le mode de collecte. Les comparaisons avec l'EQSP 2008 doivent donc être faites en utilisant les estimations du volet téléphonique seulement de l'édition 2014-2015 (voir chapitre 1, section 1.5.3).

L'utilisation de la soie dentaire au quotidien est un comportement plus répandu qu'en 2008 (figure 3.3). L'augmentation s'observe chez les hommes, chez les femmes et dans tous les groupes d'âge sauf les 15-24 ans.

Figure 3.3
Utilisation de la soie dentaire au moins une fois par jour selon le sexe et l'âge (estimations comparables)[1], population de 15 ans et plus ayant au moins une dent naturelle, Québec, 2008 et 2014-2015



(+) : Augmentation significative depuis 2008 au seuil de 0,01.
1. Les valeurs présentées dans cette figure ne représentent pas les estimations officielles de l'édition 2014-2015 de l'EQSP. Il s'agit plutôt d'estimations comparables, basées sur l'échantillon du volet téléphonique seulement, utilisées pour analyser l'évolution du phénomène depuis 2008.
Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.
Sources : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2008 et 2014-2015.

3.4 Perception de la santé buccodentaire

QUE MESURE-T-ON ?

La perception de la santé buccodentaire est mesurée à partir d'une seule question, soit : (BUC_1) « En général, diriez-vous que l'état de santé de vos dents et de votre bouche est (excellent, très bon, bon, passable, mauvais) ». Les catégories de réponse « excellent » et « très bon » ont été regroupées afin d'estimer la proportion de la population considérant sa santé buccodentaire comme « excellente ou très bonne ». Les catégories « passable » et « mauvais », une fois regroupées, représentent la population ne jugeant pas sa santé buccodentaire bonne.

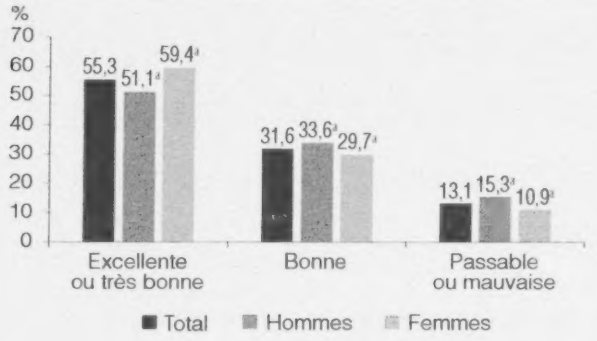
QUE DISENT LES RÉSULTATS ?

La majorité des Québécois âgés de 15 ans et plus (55 %) considèrent leur santé buccodentaire comme excellente ou très bonne (figure 3.4). À l'opposé, 13 % de la population a une perception négative de l'état de santé de ses dents et de sa bouche.

Sexe et âge

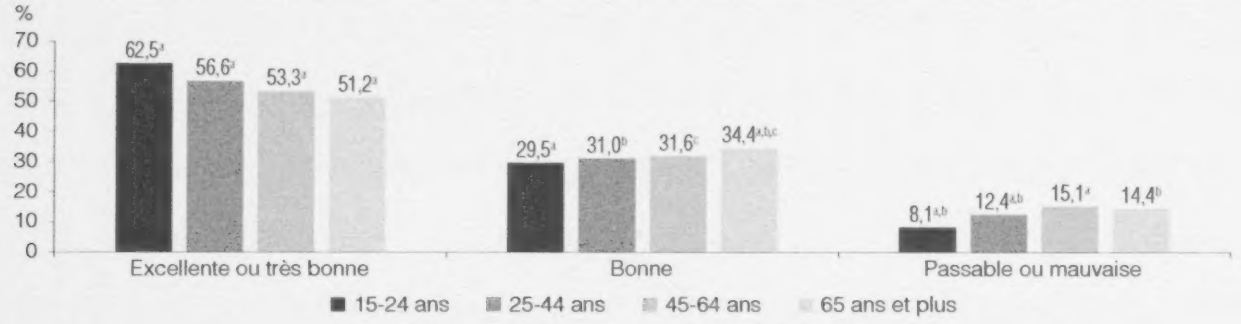
Les hommes considèrent avoir une santé buccodentaire passable ou mauvaise en plus grande proportion que les femmes (15 % c. 11 %) (figure 3.4) et cette différence est observée dans tous les groupes d'âge (données non illustrées). La proportion de personnes jugeant leur santé buccodentaire excellente ou très bonne diminue à mesure que l'âge augmente, passant de 62 % chez les 15-24 ans à 51 % chez les 65 ans et plus (figure 3.5). D'ailleurs, la perception négative de sa santé buccodentaire est plus répandue chez les personnes de 45 ans et plus que dans les groupes plus jeunes (figure 3.5), tant chez les hommes que chez les femmes (données non illustrées).

Figure 3.4
Perception de sa santé buccodentaire selon le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 2014-2015



a : Pour une perception donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les hommes et les femmes au seuil de 0,01.
Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

Figure 3.5
Perception de sa santé buccodentaire selon l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2014-2015



a, b, c : Pour une perception donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les groupes d'âge au seuil de 0,01.
Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

Scolarité et revenu

Dans l'ensemble de la population de 15 ans et plus, la proportion de personnes estimant que leur santé buccodentaire est passable ou mauvaise diminue au fur et à mesure que le niveau de scolarité augmente. Également, la proportion de Québécois ayant une telle perception est moins importante chez ceux dont le ménage n'est pas à faible revenu que chez ceux vivant dans un ménage à faible revenu (10 % c. 22 %) (tableau 3.8).

Habitudes d'hygiène dentaire, édentation et statut de fumeur

Les personnes qui ne suivent pas les recommandations en matière d'hygiène buccodentaire, soit de se brosser les dents au moins deux fois par jour (22 % c. 10 %) et d'utiliser la soie dentaire une fois par jour (15 % c. 10 %) sont plus nombreuses en proportion à avoir une perception négative de leur santé buccodentaire que celles qui respectent ces habitudes d'hygiène dentaire (tableau 3.9). Le même constat est fait chez les fumeurs de cigarette comparativement aux non-fumeurs (21 % c. 11 %). L'enquête n'a pas permis de détecter de différence significative entre la perception négative de sa santé buccodentaire et l'absence de dents naturelles.

Tableau 3.8
Perception de sa santé buccodentaire selon la scolarité et le revenu, population de 15 ans et plus, Québec, 2014-2015

	Excellente ou très bonne	Bonne	Passable ou mauvais
	%		
Niveau de scolarité			
Niveau inférieur au DES	45,0[a]	36,3[a]	18,8[a]
Diplôme d'études secondaires (DES)	52,1[a]	34,1[b]	13,8[a]
Diplôme ou certificat d'études collégiales[1]	57,3[a]	31,1[a,b]	11,6[a]
Diplôme d'études universitaires	64,3[a]	26,4[a,b]	9,3[a]
Mesure de faible revenu			
Ménages à faible revenu	41,2[a]	36,6[a]	22,2[a]
Autres ménages	59,6[a]	30,1[a]	10,3[a]

a, b : Pour une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions d'une même colonne au seuil de 0,01.

1. Cette catégorie inclut aussi le diplôme ou le certificat d'études d'une école de métiers ou de formation professionnelle.

Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

Tableau 3.9
Perception de sa santé buccodentaire selon les habitudes d'hygiène dentaire, l'édentation et le statut de fumeur, population de 15 ans et plus, Québec, 2014-2015

	Excellente ou très bonne	Bonne	Passable ou mauvais
	%		
Brossage des dents au moins deux fois par jour			
Oui	60,3[a]	29,7[a]	10,0[a]
Non	40,5[a]	37,3[a]	22,2[a]
Utilise la soie dentaire tous les jours			
Oui	62,2[a]	28,0[a]	9,8[a]
Non	52,6[a]	32,7[a]	14,7[a]
Aucune dent naturelle			
Oui	51,3[a]	35,9[a]	12,9
Non	55,7[a]	31,2[a]	13,1
Statut de fumeur de cigarette			
Fumeurs actuels	43,5[a]	35,4[a]	21,2[a]
Non-fumeurs	58,1[a]	30,8[a]	11,1[a]

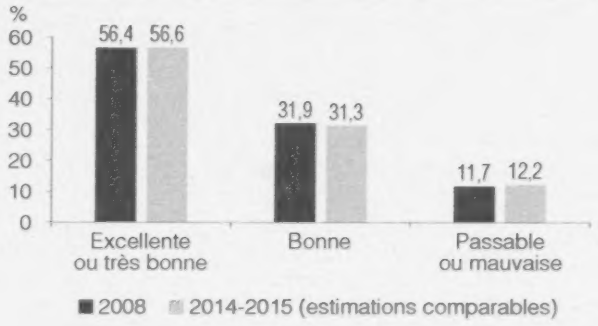
a: Pour une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions d'une même colonne au seuil de 0,01.
Note: Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.
Source: Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

ÉVOLUTION DEPUIS 2008

L'indicateur est affecté par le mode de collecte. Les comparaisons avec l'EQSP 2008 doivent donc être faites en utilisant les estimations du volet téléphonique seulement de l'édition 2014-2015 (voir chapitre 1, section 1.5.3).

Les proportions sont stables depuis 2008 (figure 3.6).

Figure 3.6
Perception de sa santé buccodentaire[1] (estimations comparables)[2], population de 15 ans et plus, Québec, 2008 et 2014-2015



1. Le test global du khi-deux entre cette variable et les années est non significatif au seuil de 0,01.
2. Les valeurs présentées dans cette figure ne représentent pas les estimations officielles de l'édition 2014-2015 de l'EQSP. Il s'agit plutôt d'estimations comparables, basées sur l'échantillon du volet téléphonique seulement, utilisées pour analyser l'évolution du phénomène depuis 2008.

Note: Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.
Sources: Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2008 et 2014-2015.

À RETENIR

La proportion de Québécois de 65 ans et plus qui sont édentés est en baisse depuis l'enquête de 2008. Néanmoins, en 2014-2015, le tiers des Québécois âgés de 65 ans et plus sont édentés, plus encore à partir de 75 ans.

La proportion de la population québécoise se brossant les dents au moins deux fois par jour n'a pas changé depuis 2008. Le brossage des dents à cette fréquence est une habitude moins présente à mesure que l'âge augmente dans la population de 25 ans et plus. Enfin, le brossage des dents est un comportement plus souvent adopté par les femmes.

Au chapitre de l'utilisation de la soie dentaire, une amélioration est notée depuis la dernière enquête : la proportion de la population faisant l'usage de cet outil au quotidien a augmenté d'environ 4 %. Les hommes, les femmes et tous les groupes d'âge, sauf les 15-24 ans, ont vu leur proportion augmenter de façon notable. En outre, ce type de soins gagne en popularité avec l'âge puisque ce sont les personnes de 65 ans et plus ayant au moins une dent naturelle qui sont plus nombreuses en proportion à le pratiquer.

La proportion de la population ayant une perception négative de sa santé buccodentaire n'a pas changé depuis 2008.

À partir de 45 ans, les femmes comme les hommes considèrent leur santé buccodentaire comme passable ou mauvaise en plus grande proportion que les plus jeunes. De plus, la perception négative de sa santé buccodentaire est davantage répandue chez la population qui ne suit pas les recommandations en matière d'hygiène dentaire et chez les fumeurs.

RÉFÉRENCES

DAVIES, R. M., et autres (2003). "Prevention. Part 4: Toothbrushing: what advice should be given to patients?", British Dental Journal, vol. 195, nº 3, p. 135-141.

GIFT, H. C. (1997). Oral health outcomes research: Challenges and opportunities, dans SLADE, G. D. (ed.). Measuring Oral Health and Quality of Life, Chapel Hill, University of North Carolina, Department of Dental Ecology, chapitre 3, p. 25-46.

HOBDELL, M., et autres (2003). "Global goals for oral health 2020", International Dental Journal, vol. 53, nº 5, p. 285-288.

LEWIS, D. W., et A. I. ISMAIL (1995). "Periodic health examination, 1995 update: 2. Prevention of dental caries", Canadian Medical Association Journal, vol. 152, nº 6, p. 836-846.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (2000). Oral Health in America: A Report of the Surgeon General, Rockville (MD), Department of Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health, 308 p.

Chapitre 4

CONSOMMATION DE BOISSONS SUCRÉES ET ÉNERGISANTES

Au chapitre des habitudes alimentaires, la consommation de boissons sucrées a été ajoutée comme thème dans l'EQSP 2014-2015 compte tenu de ses conséquences sur la santé ; en effet, celle-ci agit particulièrement comme « un contributeur important à l'épidémie d'obésité » (CQPP, 2015). Les questions proviennent de l'*Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011* (Pica et autres, 2012) et portent sur les boissons gazeuses, les boissons à saveur de fruits, les boissons pour sportifs et les boissons énergisantes.

Il est pertinent de mesurer la consommation des boissons sucrées dans la présente enquête puisque ce type de consommation n'est pas très bien documenté chez les adultes québécois, surtout lorsqu'il est question de la consommation des boissons énergisantes et des boissons pour sportifs.

Cela dit, l'augmentation de la prévalence de l'embonpoint et de l'obésité dans la population est un phénomène préoccupant qui est en lien avec l'alimentation (Lamontagne et Hamel, 2009 ; Mongeau et autres, 2005). Dans la dernière version du *Guide alimentaire canadien* (GAC), publiée en 2007, il est recommandé non seulement de limiter sa consommation d'aliments et de boissons riches en calories, lipides, sucre ou sel, mais aussi sa consommation de boissons sucrées (boissons aromatisées aux fruits, boissons gazeuses, boissons pour sportifs et énergisantes, et autres boissons sucrées chaudes ou froides) (Santé Canada, 2007).

Selon certaines études, la consommation d'au moins une boisson sucrée par jour chez les adultes peut accroître de 27 % leur probabilité de devenir obèse, tandis que ce pourcentage atteint 60 % chez les enfants qui consomment une boisson gazeuse par jour (Babey et autres, 2009). La consommation quotidienne de boissons sucrées est également associée au diabète et aux maladies cardiovasculaires (Malik et autres, 2011). Les études épidémiologiques, les données de consommation et le marketing dont les boissons sucrées font l'objet justifient d'agir pour prévenir la consommation excessive, d'une part, et inverser les tendances de consommation chez certains groupes de la population, d'autre part. Enfin, selon la littérature scientifique, des déterminants à l'échelle familiale (disponibilité, temps devant la télévision, contexte des repas, habitudes alimentaires, style parental) et à l'échelle de l'environnement (disponibilité, prix, normes sociales) sont associés à la consommation de boissons sucrées (Jordan et autres, 2012 ; Mazarello Paes et autres, 2015 ; Tak et autres, 2011 ; Verloigne et autres, 2012).

En ce qui concerne la consommation de boissons énergisantes, elle doit être limitée chez les adolescents, mais elle est déconseillée chez les enfants en raison des effets néfastes sur la santé (Plamondon, 2011).

4.1 Consommation quotidienne de boissons sucrées

QUE MESURE-T-ON ?

L'indicateur de la consommation quotidienne de boissons sucrées est construit à partir de la fréquence de consommation de quatre types de boissons sucrées mesurée par les questions suivantes :

(BOI_1) Habituellement, à quelle fréquence consommez-vous les boissons suivantes ?

- (BOI_1_1) Boissons gazeuses (Coke, Coke diète, 7 UP, Pepsi, etc.)
- (BOI_1_2) Boissons à saveur de fruits (punch aux fruits, Slush, Fruitopia, Déli-Cinq, Snapple, etc.) (les jus de fruits purs à 100 % et les jus concentrés congelés ne sont pas considérés comme des boissons à saveur de fruits)
- (BOI_1_3) Boissons pour sportifs (Gatorade, G2, Powerade, etc.)
- (BOI_1_4) Boissons énergisantes (Red Bull, Monster, Red Rave, Energy, Rock Star, etc.)

Les catégories de réponse pour ces questions sont : jamais, rarement, 2 à 3 fois par mois, 1 fois par semaine, 2 à 6 fois par semaine, 1 fois par jour et 2 fois ou plus par jour.

Pour la présente analyse, la consommation quotidienne de boissons sucrées représente la consommation d'au moins un des quatre types de boissons sucrées « 1 fois par jour » ou « 2 fois ou plus par jour ».

QUE DISENT LES RÉSULTATS ?

L'EQSP 2014-2015 révèle qu'un cinquième des Québécois âgés de 15 ans et plus consomment des boissons sucrées au moins une fois par jour (19 %).

Sexe et âge

Les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à en consommer (24 % c. 14 %). De plus, la consommation quotidienne de boissons sucrées est plus répandue chez les jeunes de 15 à 24 ans que chez leurs aînés (tableau 4.1).

Lorsqu'on observe la consommation quotidienne selon le type de boisson sucrée, il ressort que les boissons gazeuses (13 %) et les boissons à saveur de fruits (8 %) sont les plus populaires chez les personnes de 15 ans et plus. De plus, peu importe le type de boisson consommée quotidiennement, les hommes présentent une plus grande proportion que les femmes (figure 4.1). D'autre part, il est intéressant de noter que les jeunes de 15 à 24 ans affichent la proportion la plus élevée pour la consommation quotidienne de trois types de boissons sucrées ; de fait, pour les boissons gazeuses, ce sont les personnes âgées de 45 à 64 ans qui montrent la plus forte proportion (15 %) et les jeunes de 15 à 24 ans qui représentent la plus faible proportion (9 %) (figure 4.2).

Tableau 4.1
Consommation de boissons sucrées au moins une fois par jour selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2014-2015

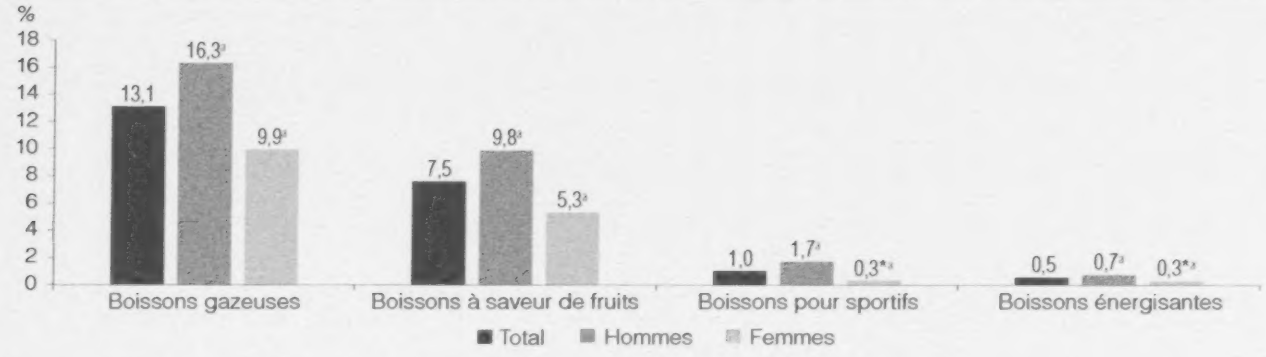
	(%)
Total	**19,1**
Sexe	
Hommes	23,9[a]
Femmes	14,3[a]
Âge	
15-24 ans	23,3[a,b,c]
25-44 ans	17,8[a]
45-64 ans	19,2[b]
65 ans et plus	17,7[c]

a, b, c : Pour une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions au seuil de 0,01.

Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

Figure 4.1
Consommation de différents types de boissons sucrées au moins une fois par jour selon le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 2014-2015

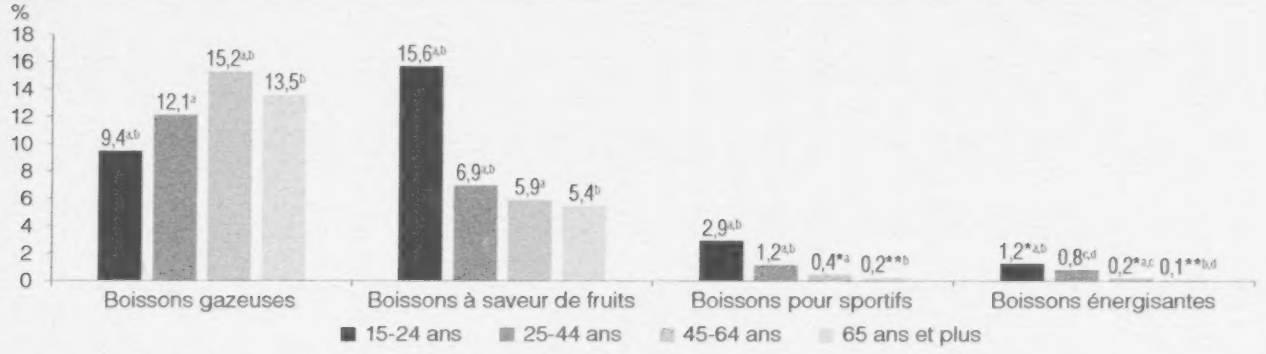


* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.

a : Pour un type donné, le même exposant exprime une différence significative entre les hommes et les femmes au seuil de 0,01.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

Figure 4.2
Consommation de différents types de boissons sucrées au moins une fois par jour selon l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2014-2015



* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 % ; estimation imprécise, fournie à titre indicatif seulement.

a, b, c ,d : Pour un type donné, le même exposant exprime une différence significative entre les groupes d'âge au seuil de 0,01.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

Scolarité, revenu, composition du ménage et occupation

Les résultats montrent que plus le niveau de scolarité est élevé, plus la proportion de personnes qui consomment au moins une boisson sucrée par jour diminue (tableau 4.2). En effet, la consommation quotidienne de boissons sucrées est plus importante chez les personnes ayant un niveau de scolarité inférieur au DES (31 %) alors qu'elle passe à 9 % chez celles ayant obtenu un diplôme universitaire. Le quart des Québécois dont le ménage est à faible revenu font une consommation quotidienne de boissons sucrées, comparativement à 17 % dans le reste de la population.

L'EQSP révèle aussi que la consommation quotidienne de boissons sucrées est plus grande chez les Québécois de 15 ans et plus vivant dans un type de ménage « autre »[1] (22 %) que chez ceux des autres types (à l'exception des membres d'une famille monoparentale) (tableau 4.2). En ce qui concerne les boissons gazeuses, la proportion de familles constituées d'un couple avec des enfants consommant de telles boissons tous les jours (12 %) est moindre que dans les autres catégories (à l'exception de la famille monoparentale). En revanche, la consommation de boissons à saveur de fruits est plus populaire chez les personnes vivant dans les types de ménage « autre » (11 %) que chez les personnes vivant seules ou en couple avec ou sans enfants (6 %, 8 % et 6 %, respectivement).

Tableau 4.2
Consommation de différents types de boissons sucrées au moins une fois par jour selon certaines caractéristiques sociodémographiques, population de 15 ans et plus, Québec, 2014-2015

	Boissons sucrées	Boissons gazeuses	Boissons à saveur de fruits	Boissons pour sportifs	Boissons énergisantes
	%				
Niveau de scolarité					
Niveau inférieur au DES	30,7 a	21,6 a	12,4 a	1,7 a,b	0,9* a,b
Diplôme d'études secondaires (DES)	23,5 a	16,2 a	9,4 a	1,0 a	0,6* c
Diplôme ou certificat d'études collégiales[1]	16,7 a	11,2 a	6,4 a	1,0 b	0,4* a,d
Diplôme d'études universitaires	9,3 a	6,0 a	3,7 a	0,3* a,b	0,1** b,c,d
Mesure de faible revenu					
Ménages à faible revenu	24,6 a	16,8 a	10,0 a	1,0	0,7*
Autres ménages	17,4 a	12,0 a	6,8 a	1,0	0,4
Composition du ménage					
Personne vivant seule	18,9 a	13,6 a	6,2 a,b	0,7* a	0,4**
Couple sans enfant	18,5 b	14,2 b,c	6,1 c,d	0,6* b,c,d	0,3* a,b,c
Couple avec enfants	18,5 c	11,9 a,b,d	8,1 a,c	1,2 b	0,5 a
Famille monoparentale	19,3	11,8 c	8,8 b,d	1,3* c	0,9** b
Autre	22,3 a,b,c	14,2 d	10,6 a,c	1,4* a,d	0,8* c
Occupation principale					
Travailleurs	18,8 a	13,5 a	6,9 a	1,0 a	0,6 a
Étudiants	18,3 b	5,9 a,b	13,0 a	2,0 a,b	0,6** b
Personnes sans emploi	26,0 a,b,c	19,8 a,b	9,1 a	0,9** b	0,5** c
Retraités	18,3 c	14,1 b	5,5 a	0,3* a,b	0,1** a,b,c

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 % ; estimation imprécise, fournie à titre indicatif seulement.

a, b, c, d : Pour une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions d'une même colonne au seuil de 0,01.

1. Cette catégorie inclut aussi le diplôme ou le certificat d'études d'une école de métiers ou de formation professionnelle.

Source : Institut de la statistique du Québec, Enquête québécoise sur la santé de la population, 2014-2015.

1. Autre type de ménage : cela inclut principalement des ménages composés de personnes apparentées par des liens autres que conjugaux ou filiaux ou de personnes non apparentées (colocataires).

Mentionnons aussi que la proportion de Québécois consommant quotidiennement une boisson sucrée est plus élevée chez ceux qui ne sont pas en emploi (26 %) que chez les personnes dont l'occupation principale est autre (tableau 4.2). Ceux qui n'ont pas d'emploi présentent également une plus grande proportion quant à la consommation de boissons gazeuses (20 %), tandis que ce sont les étudiants qui sont plus nombreux en proportion à consommer, au quotidien, des boissons à saveur de fruits (13 %).

4.2 Fréquence de consommation habituelle de boissons gazeuses

QUE MESURE-T-ON ?

Un second indicateur est présenté, soit la fréquence de consommation habituelle de boissons gazeuses. Ainsi que mentionné précédemment, cette boisson est la boisson sucrée la plus populaire dans la population québécoise âgée de 15 ans et plus en 2014-2015. L'indicateur est créé à l'aide de la question suivante :

(BOI_1) Habituellement, à quelle fréquence consommez-vous les boissons suivantes ?
(BOI_1_1) Boissons gazeuses (Coke, Coke diète, 7 UP, Pepsi, etc.)

Pour l'analyse, les catégories de réponse ont été regroupées pour obtenir quatre grandes fréquences : jamais, trois fois par mois ou moins (« rarement » et « 2 à 3 fois par mois »), une à six fois par semaine (« 1 fois par semaine » et « 2 à 6 fois par semaine ») et au moins une fois par jour (« 1 fois par jour » et « 2 fois ou plus par jour »).

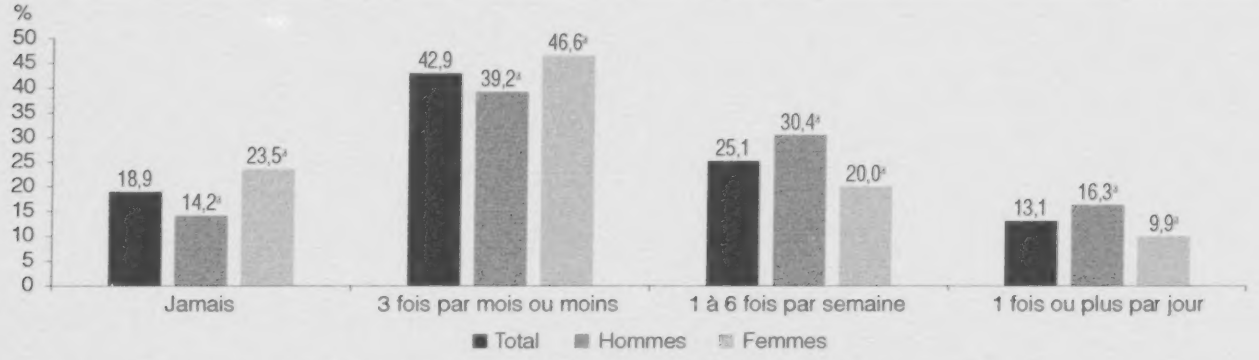
QUE DISENT LES RÉSULTATS ?

Environ 13 % des Québécois de 15 ans et plus consomment des boissons gazeuses quotidiennement, 19 % n'en consomment jamais, 43 %, trois fois par mois ou moins et 25 %, d'une à six fois par semaine (figure 4.3).

Sexe et âge

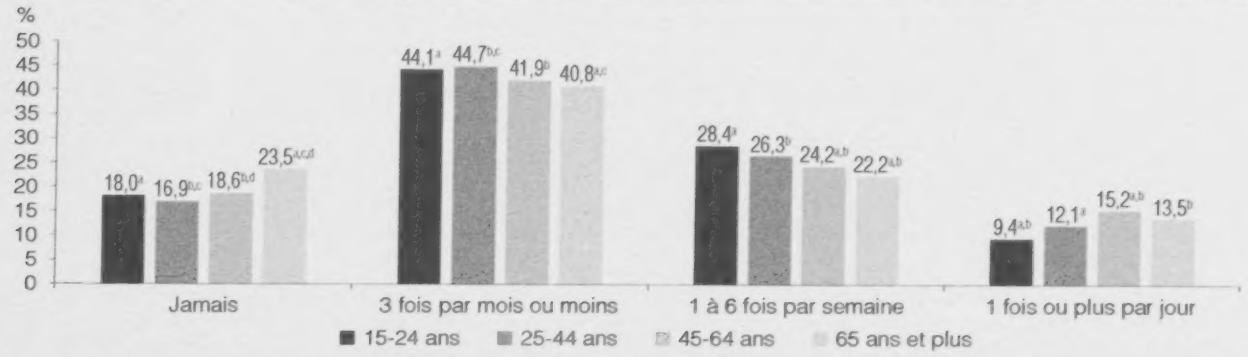
La consommation quotidienne et celle d'une à six fois par semaine de boissons gazeuses sont plus répandues chez les hommes que chez les femmes (figure 4.3).

Figure 4.3
Fréquence de consommation de boissons gazeuses selon le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 2014-2015



a : Pour une fréquence donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les hommes et les femmes au seuil de 0,01.
Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

Figure 4.4
Fréquence de consommation de boissons gazeuses selon l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2014-2015



a, b, c, d : Pour une fréquence donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les groupes d'âge au seuil de 0,01.
Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

L'enquête fait ressortir que près du quart des personnes de 65 ans et plus (24 %) ne consomment jamais de boissons gazeuses et sont, de ce fait, les plus nombreuses en proportion à ne pas en consommer. Pour ce qui est des consommateurs de boissons gazeuses au moins une fois par jour, la proportion est de moins d'un sur 10 chez les jeunes de 15 à 24 ans. Ces jeunes sont, par contre, proportionnellement plus nombreux à consommer des boissons gazeuses d'une à six fois par semaine que leurs aînés de 45 ans et plus (figure 4.4).

ÉVOLUTION DEPUIS 2008

L'EQSP mesure pour la première fois, en 2014-2015, la consommation de boissons sucrées ; par conséquent, aucune comparaison ne peut être faite avec l'EQSP 2008.

À RETENIR

Selon les données de l'EQSP 2014-2015, une proportion plus élevée d'hommes que de femmes consomment des boissons sucrées au quotidien, que ce soit pour l'ensemble des boissons sucrées ou pour chaque type recensé (boissons gazeuses, boissons à saveur de fruits, boissons pour sportifs et boissons énergisantes).

Les boissons à saveur de fruits, les boissons pour sportifs et les boissons énergisantes sont plus populaires au quotidien chez les jeunes de 15 à 24 ans ; ces derniers consomment aussi en plus grande proportion que leurs aînés des boissons sucrées. Toutefois, en ce qui concerne les boissons gazeuses, ce sont les 45 à 64 ans qui sont les plus grands consommateurs.

Plus le niveau de scolarité est élevé, plus la proportion de personnes qui consomment au moins une boisson sucrée par jour diminue.

La fréquence de consommation de boissons gazeuses chez les hommes est plus élevée que celle notée chez les femmes.

RÉFÉRENCES

BABEY, S. H., et autres (2009). *Bubbling over: soda consumption and its link to obesity in California*, [En ligne]. [eprints.cdlib.org/uc/item/1fj3h5cj] (Consulté le 31 mai 2016).

COALITION QUÉBÉCOISE SUR LA PROBLÉMATIQUE DU POIDS (CQPP) (2015). *Boissons sucrées*, [En ligne]. [www.cqpp.qc.ca/fr/priorites/boissons-sucrees] (Consulté le 20 juin 2016).

JORDAN, A., et autres (2012). "Developing Media Interventions to Reduce Household Sugar-Sweetened Beverage Consumption", *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, vol. 640, n° 1, p. 118-135.

LAMONTAGNE, P., et D. HAMEL (2009). *Le poids corporel chez les enfants et adolescents du Québec : de 1978 à 2005*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, Direction de la recherche, formation et développement, 55 p.

MALIK, V. S., et autres (2011). "Sugar-sweetened beverages, obesity, type 2 diabetes mellitus, and cardiovascular disease risk", *Circulation*, vol. 121, n° 11, p. 1356-1364.

MAZARELLO PAES, V., et autres (2015). "Determinants of sugar-sweetened beverage consumption in young children: a systematic review", *Obesity reviews*, vol. 16, n° 11, p. 903-913.

MONGEAU, L., et autres (2005). *L'excès de poids dans la population québécoise de 1987 à 2003*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 21 p.

PICA, L. A., et autres (2012). *L'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011. Le visage des jeunes d'aujourd'hui : leur santé physique et leurs habitudes de vie*, Québec, Institut de la statistique du Québec, tome 1, 258 p.

PLAMONDON, L. (2011). « Les boissons énergisantes : entre menace et banalisation », *Topo*, Institut national de santé publique du Québec, n° 2, 9 p.

SANTÉ CANADA (2007). *Bien manger avec le Guide alimentaire canadien : Ressource à l'intention des éducateurs et communicateurs*, [En ligne]. [www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/educ-comm/resource-ressource-fra.php] (Consulté le 31 mai 2016).

TAK, N. I., et autres (2011). "The association between home environmental variables and soft drink consumption among adolescents. Exploration of mediation by individual cognitions and habit strength", *Appetite*, vol. 56, n° 2, p. 503-510.

VERLOIGNE, M., et autres (2012). "Family- and school-based correlates of energy balance-related behaviours in 10-12-year-old children: a systematic review within the ENERGY (EuropeaN Energy balance Research to prevent excessive weight Gain among Youth) project", *Public health nutrition*, vol. 15, n° 8, p. 1380-1395.

Chapitre 5

STATUT PONDÉRAL, IMAGE CORPORELLE ET UTILISATION DES PRODUITS, SERVICES OU MOYENS AMAIGRISSANTS

Plusieurs éléments contribuent à circonscrire l'état de santé de la population dont le statut pondéral qui permet de mesurer le taux d'obésité en constante progression depuis plusieurs années, ici comme ailleurs. L'obésité augmente le risque de plusieurs maladies chroniques telles que le diabète de type 2, l'hypertension artérielle, les maladies cardiovasculaires, l'arthrite et certaines formes de cancer (Martel et autres, 2014). Elle est également liée à un bien-être psychologique moins élevé et à la stigmatisation (ASPC, 2011). À l'autre extrémité du spectre, l'insuffisance de poids est associée à des problèmes de santé comme l'ostéoporose, la malnutrition, l'infertilité et un risque accru de mortalité (Statistique Canada, 2013).

La répartition de la population selon le statut pondéral permet d'évaluer l'ampleur et l'évolution de l'obésité et de confirmer les inquiétudes concernant la situation chez les jeunes et les adultes.

La perception à l'égard de son poids reflète la satisfaction qu'a une personne de son image corporelle. Elle peut entraîner diverses décisions dont celle d'avoir recours à des moyens pour contrôler son poids ou pour perdre du poids (Al Sabbah et autres, 2009 ; Goldschmidt et autres, 2008 ; Ledoux et autres, 2002 ; Timperio et autres, 2000). Plusieurs études ont démontré que les femmes (incluant les adolescentes) sont proportionnellement plus nombreuses à être insatisfaites de leur poids ou de leur image corporelle que les hommes (Chang et autres, 2003). Une préoccupation excessive à l'égard du poids chez les personnes peut les inciter à faire plusieurs tentatives pour perdre du poids, dont certaines peuvent présenter des risques pour la santé.

Par ailleurs, les produits, services et moyens amaigrissants (PSMA) qui sont utilisés pour perdre du poids sont souvent inefficaces, en plus d'être potentiellement dangereux pour la santé (Jalbert et St-Pierre-Gagné, 2015). Pourtant, plusieurs méthodes saines pour contrôler son poids existent, notamment le choix d'une alimentation moins grasse et moins sucrée ou la pratique d'activités physiques sur une base régulière.

Ce chapitre présente les résultats de l'EQSP 2014-2015 sur le statut pondéral, la perception à l'égard de son poids, la principale action entreprise concernant son poids et les méthodes utilisées par les personnes qui tentent de perdre ou de maintenir leur poids (diète et programme d'amaigrissement commercial, méthodes dangereuses et méthodes saines de gestion du poids).

5.1 Statut pondéral

QUE MESURE-T-ON ?

Dans l'EQSP, le statut pondéral fait référence à l'indice de masse corporelle (IMC), mesure couramment utilisée qui permet d'estimer l'adiposité corporelle totale (OMS, 2003). L'IMC ne mesure pas directement la masse grasse ni la répartition du tissu adipeux, laquelle joue un rôle prépondérant dans l'évaluation du risque pour la santé chez les personnes ayant un excès de poids. Toutefois, puisqu'il est suffisamment corrélé avec des mesures directes de la composition corporelle (tour de taille, etc.), son utilisation à des fins de surveillance dans une population est appropriée (Hall et Cole, 2006 cités dans Lamontagne et Hamel, 2009).

Le calcul de l'IMC se fait en divisant le poids d'un individu par sa taille au carré (kg/m^2). C'est à partir de questions sur la taille (POI_1) et sur le poids (POI_2), en excluant les femmes enceintes[1], qu'a été calculé l'IMC. Les catégories de l'IMC, définies par le système de classification internationale de l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2003), sont : insuffisance de poids (IMC < 18,5), poids normal (de 18,5 à 24,9), embonpoint (de 25 à 29,9) et obésité (IMC ≥ 30). Ces catégories s'appliquent aux personnes de 15 ans et plus des deux sexes et sont associées à des niveaux de risque différents pour la santé : risque accru de développer des problèmes de santé pour l'insuffisance de poids, risque moindre pour le poids normal, risque accru pour l'embonpoint et risque élevé pour l'obésité[2]. L'excès de poids ou le surplus de poids représente un regroupement des catégories embonpoint et obésité.

QUE DISENT LES RÉSULTATS ?

Au Québec, en 2014-2015, environ 44 % des personnes de 15 ans et plus ont un poids normal, 35 % font de l'embonpoint et 19 % sont obèses (tableau 5.1). De plus, 2,4 % ont un poids insuffisant.

Sexe et âge

Le surplus de poids, c'est-à-dire l'embonpoint et l'obésité regroupés, concerne environ 6 hommes sur 10 âgés de 25 à 44 ans, et jusqu'à 7 hommes sur 10 de 45 ans et plus. Quatre femmes sur 10 de 25 à 44 ans ont un surplus de poids, et plus de la moitié de celles âgées de 45 ans et plus affichent un surplus de poids (tableau 5.1).

Si les hommes ne se distinguent pas des femmes face à l'obésité, ils sont proportionnellement plus nombreux que ces dernières à faire de l'embonpoint (42 % c. 27 %). En contrepartie, les prévalences sont plus élevées chez les femmes que chez les hommes pour les personnes avec un poids normal (51 % c. 37 %) et celles avec un poids insuffisant (3,5 % c. 1,3 %) (tableau 5.1).

On constate également, au tableau 5.1, que les prévalences de l'obésité et de l'embonpoint augmentent avec l'âge chez les personnes de 15 à 64 ans. En effet, la proportion de personnes obèses passe de 5 % chez les 15-17 ans à plus de 22 % chez les 45-64 ans. De la même façon, la prévalence de l'embonpoint passe d'environ 15 % chez les 15-17 ans à 40 % chez les 45-64 ans. Pour les hommes et les femmes de ces groupes d'âge, les résultats vont dans le même sens.

À l'inverse, la proportion de personnes ayant un poids normal ou insuffisant décroît à mesure que l'âge augmente chez les personnes de 15 à 64 ans. En fait, les Québécois de 15-24 ans sont proportionnellement plus nombreux (66 %) que leurs aînés à afficher un poids normal (tableau 5.1), peu importe leur sexe. Le même constat est fait pour l'insuffisance de poids, les personnes de 15 à 24 ans présentant une proportion de 7 %. Lorsqu'on s'attarde au groupe des 15-17 ans, la proportion de personnes avec un poids insuffisant atteint presque 9 % (tableau 5.1) et se chiffre à plus de 12 % chez les femmes (donnée non illustrée).

1. Il n'y a aucune question dans l'EQSP qui permet de savoir si une femme allaite ; il n'a donc pas été possible d'exclure des analyses les femmes allaitantes comme le préconise Santé Canada (Santé Canada, 2003).
2. Les seuils utilisés pour les catégories de l'IMC chez les jeunes de 15 à 17 ans sont ceux élaborés par Cole et collaborateurs (2007, 2000). Bien que ces seuils diffèrent légèrement de ceux des adultes et tiennent compte de l'âge et du sexe des jeunes, ces derniers sont répartis dans les catégories de statut pondéral des adultes.

Tableau 5.1
Statut pondéral selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2014-2015

	Poids insuffisant	Poids normal	Embonpoint	Obésité
	%			
Total	2,4	43,9	34,9	18,8
Sexe				
Hommes	1,3 [a]	36,9 [a]	42,4 [a]	19,4
Femmes	3,5 [a]	51,1 [a]	27,3 [a]	18,1
Âge				
15-24 ans	6,7 [a,b]	66,4 [a,b]	18,9 [a,b]	8,0 [a,b]
15-17 ans	8,9 [A,B]	70,5 [A,B]	15,1 [A,B]	5,5 [A,B]
18-24 ans	5,7 [A,B]	64,6 [A,B]	20,5 [A,B]	9,1 [A,B]
25-44 ans	1,9 [a,A]	46,4 [a,b,A,B]	33,1 [a,b,A,B]	18,7 [a,A]
45-64 ans	1,3 [a,b,A,B]	36,4 [a,A]	40,0 [a,A]	22,3 [a,b,A,B]
65 ans et plus	2,1 [b,B]	37,1 [b,B]	40,4 [b,B]	20,4 [b,B]
Hommes				
15-24 ans	4,7 [a,b,c]	63,4 [a]	23,2 [a,b]	8,7 [a,b]
25-44 ans	0,8* [a]	38,8 [a]	40,8 [a,b]	19,6 [a]
45-64 ans	0,6* [b]	27,1 [a]	48,8 [a]	23,5 [a,b]
65 ans et plus	0,9* [c]	31,0 [a]	48,5 [b]	19,6 [b]
Femmes				
15-24 ans	8,7 [a,b]	69,5 [a]	14,4 [a,b]	7,3 [a,b]
25-44 ans	3,0 [a]	54,7 [a]	24,6 [a,b]	17,7 [a,b]
45-64 ans	2,0 [a,b]	46,0 [a]	30,9 [a]	21,0 [a]
65 ans et plus	3,1 [b]	42,2 [a]	33,6 [b]	21,1 [b]

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.

a, b, c : Pour une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions d'une même colonne au seuil de 0,01.

A,B : Pour la variable âge, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions d'une même colonne au seuil de 0,01.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

Scolarité et revenu

La prévalence de l'obésité est moins élevée chez les titulaires d'un diplôme universitaire (15 %) que chez les personnes moins scolarisées (tableau 5.2). Cette observation est valable pour les hommes et pour les femmes.

L'association entre l'embonpoint et le niveau de scolarité diffère selon le sexe. Alors que la proportion d'hommes faisant de l'embonpoint est plus forte chez ceux ayant un diplôme d'études universitaires que chez ceux n'ayant pas de DES, chez les femmes, c'est plutôt l'inverse qui est noté (tableau 5.2).

Par ailleurs, la proportion de personnes obèses est plus importante chez les Québécois vivant dans un ménage à faible revenu que chez les autres (22 % c. 18 %), et cela est observé tant chez les femmes que chez les hommes. En ce qui concerne la prévalence de l'embonpoint, elle est moins élevée chez les personnes dont le ménage est à faible revenu que chez les autres (32 % c. 36 %). Si la même situation s'observe chez les hommes, ce n'est pas le cas chez les femmes (tableau 5.2).

Tableau 5.2
Statut pondéral selon le niveau de scolarité, le revenu et le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 2014-2015

	Poids insuffisant	Poids normal	Embonpoint	Obésité
		%		
Niveau de scolarité				
Niveau inférieur au DES	3,1 [a,b]	40,8 [a]	34,4	21,7 [a]
Diplôme d'études secondaires (DES)	2,7	41,5 [b]	35,5	20,3 [b]
Diplôme ou certificat d'études collégiales[1]	2,0 [a]	43,6 [a]	35,0	19,4 [a]
Diplôme d'études universitaires	2,0 [b]	49,0 [a,b]	34,4	14,6 [a,b]
Mesure de faible revenu				
Ménages à faible revenu	3,0 [a]	43,0	31,8 [a]	22,3 [a]
Autres ménages	2,2 [a]	44,2	35,9 [a]	17,7 [a]
Hommes				
Niveau de scolarité				
Niveau inférieur au DES	2,1* [a,b]	37,3	39,2 [a,b]	21,4 [a]
Diplôme d'études secondaires (DES)	1,5*	35,2 [a]	41,9	21,4 [b]
Diplôme ou certificat d'études collégiales[1]	0,9* [a]	36,1	43,0 [a]	20,0 [c]
Diplôme d'études universitaires	0,9* [b]	39,0 [a]	44,7 [b]	15,3 [a,b,c]
Mesure de faible revenu				
Ménages à faible revenu	1,6*	39,7 [a]	37,0 [a]	21,7 [a]
Autres ménages	1,2	36,1 [a]	43,8 [a]	18,8 [a]
Femmes				
Niveau de scolarité				
Niveau inférieur au DES	4,2	44,7 [a]	29,1 [a]	22,0 [a,b]
Diplôme d'études secondaires (DES)	3,8	47,9 [b]	29,0 [b]	19,3 [a]
Diplôme ou certificat d'études collégiales[1]	3,2	51,2 [a,b]	26,9	18,7 [b]
Diplôme d'études universitaires	3,0	58,6 [a,b]	24,4 [a,b]	14,0 [a,b]
Mesure de faible revenu				
Ménages à faible revenu	4,0	45,5 [a]	27,8	22,7 [a]
Autres ménages	3,2	53,1 [a]	27,2	16,6 [a]

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.

a, b, c : Pour une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions d'une même colonne au seuil de 0,01.

1. Cette catégorie inclut aussi le diplôme ou le certificat d'études d'une école de métiers ou de formation professionnelle.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

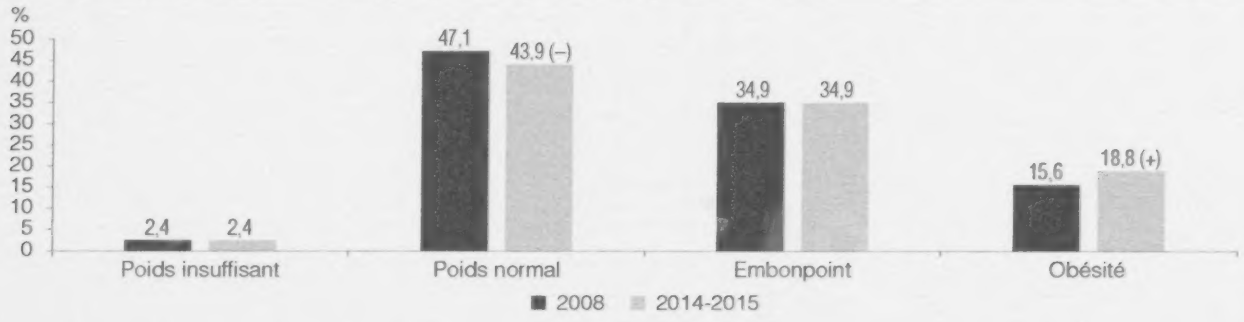
ÉVOLUTION DEPUIS 2008

L'indicateur n'est pas jugé affecté par le changement de mode de collecte entre les deux éditions. Les comparaisons avec l'EQSP 2008 peuvent donc être faites en utilisant l'échantillon complet de l'édition 2014-2015 (voir chapitre 1, section 1.5.3).

La figure 5.1 montre que la répartition de la population selon le poids corporel a évolué depuis 2008. La prévalence de l'obésité a augmenté d'environ 3 %, alors que celle du poids normal présente une diminution de cet ordre. Les proportions de la population affichant un poids insuffisant ou faisant de l'embonpoint sont, quant à elles, restées stables.

L'augmentation de l'obésité depuis 2008 est perceptible tant chez les hommes que chez les femmes. Elle l'est également chez les 25 à 44 ans, les 45 à 64 ans et les 65 ans et plus. Ces dernières hausses se font au détriment de la proportion de la population de 45 ans et plus ayant un poids normal. Quant aux proportions de personnes faisant de l'embonpoint, elles sont du même ordre qu'il y a six ans pour les sexes et les groupes d'âge (tableau 5.3).

Figure 5.1
Statut pondéral, population de 15 ans et plus, Québec, 2008 et 2014-2015



(+) (–): Augmentation ou diminution significative depuis 2008 au seuil de 0,01.
Note: Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.
Sources: Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2008 et 2014-2015.

Tableau 5.3
Statut pondéral selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2008 et 2014-2015

	Poids insuffisant		Poids normal		Embonpoint		Obésité	
	2008	2014-2015	2008	2014-2015	2008	2014-2015	2008	2014-2015
	%							
Total	2,4	2,4	47,1	43,9(–)	34,9	34,9	15,6	18,8(+)
Sexe								
Hommes	1,0*	1,3	39,0	36,9(–)	43,6	42,4	16,5	19,4(+)
Femmes	3,8	3,5	55,3	51,1(–)	26,1	27,3	14,8	18,1(+)
Âge								
15-24 ans	6,1	6,7	69,6	66,4	17,5	18,9	6,8	8,0
25-44 ans	2,2	1,9	47,8	46,4	35,2	33,1	14,7	18,7(+)
45-64 ans	1,2	1,3	39,4	36,4(–)	39,7	40,0	19,6	22,3(+)
65 ans et plus	1,9	2,1	41,0	37,1(–)	40,1	40,4	17,0	20,4(+)

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.
(+) (–): Augmentation ou diminution significative depuis 2008 au seuil de 0,01 pour un statut pondéral donné.
Sources: Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2008 et 2014-2015.

5.2 Perception à l'égard de son poids

QUE MESURE-T-ON?

La perception à l'égard de son poids est évaluée à l'aide de la question (POI_3): « Considérez-vous que vous ... 1) avez un excès de poids; 2) êtes trop maigre; ou 3) êtes à peu près normal(e)? ».

QUE DISENT LES RÉSULTATS?

L'EQSP 2014-2015 révèle qu'environ 58 % des Québécois de 15 ans et plus considèrent leur poids comme à peu près normal, tandis que 39 % estiment avoir un excès de poids et 2,7 % se jugent trop maigres (tableau 5.4).

Sexe et âge

Les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à se considérer de poids normal (60 % c. 56 %) ou trop maigres (3,6 % c. 1,8 %). Les femmes, elles, croient plus souvent que les hommes avoir un excès de poids (42 % c. 36 %) (tableau 5.4).

La proportion de personnes considérant avoir un excès de poids augmente avec l'âge, passant de presque 18 % chez les 15-24 ans à environ 49 % chez les 45-64 ans. Cette augmentation est observée tant chez les hommes que chez les femmes. En ce qui concerne la proportion de personnes qui considèrent leur poids comme normal, elle diminue à mesure que l'âge augmente chez les 15 à 64 ans, chez les hommes comme chez les femmes. Enfin, la proportion des personnes se jugeant trop maigres montre une baisse avec l'avancée en âge entre 15 et 64 ans.

Tableau 5.4
Perception à l'égard de son poids selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2014-2015

	Excès de poids	Trop maigre	À peu près normal
		%	
Total	**38,9**	**2,7**	**58,3**
Sexe			
Hommes	36,0[a]	3,6 [a]	60,4[a]
Femmes	41,9[a]	1,8 [a]	56,3[a]
Âge			
15-24 ans	17,7[a,b]	5,2 [a,b]	77,0[a,b]
25-44 ans	38,3[a]	2,6 [a]	59,2[a]
45-64 ans	48,5[a,b]	1,6 [a,b]	49,8[a,b]
65 ans et plus	38,5[b]	3,1 [b]	58,4[b]
Hommes			
15-24 ans	14,4[a,b]	7,8 [a,b]	77,8[a,b]
25-44 ans	34,8[a]	3,7 [a]	61,6[a]
45-64 ans	45,5[a,b]	2,0 [a,b]	52,5[a,b]
65 ans et plus	37,5[b]	3,2 [b]	59,3[b]
Femmes			
15-24 ans	21,2[a,b]	2,6*[a,b]	76,3[a,b]
25-44 ans	42,1[a]	1,3 [a,c]	56,6[a]
45-64 ans	51,6[a,b]	1,3 [b,d]	47,1[a,b]
65 ans et plus	39,4[b]	2,9 [c,d]	57,7[b]

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.

a, b, c, d: Pour une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions d'une même colonne au seuil de 0,01.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

Statut pondéral

L'adéquation entre la perception de son poids et le statut pondéral n'est pas parfaite. Notons, par exemple, qu'environ 66 % des personnes dont le poids est considéré comme insuffisant ou 48 % de celles qui font de l'embonpoint estiment tout de même avoir un poids normal. Mentionnons également qu'à peu près 11 % des personnes obèses considèrent avoir un poids normal (tableau 5.5).

Ces résultats diffèrent selon le sexe. En effet, plus de la moitié des hommes (58 %) qui font de l'embonpoint estiment avoir un poids normal, tandis que c'est le cas pour seulement le tiers des femmes qui font de l'embonpoint (34 %). Quant à l'obésité, il ressort que 15 % des hommes qui sont considérés comme obèses estiment avoir un poids normal, alors que chez les femmes, cette situation est moins souvent constatée. D'un autre côté, près de 14 % des femmes de poids normal estiment avoir un excès de poids, alors que c'est le cas de 4,8 % des hommes.

Enfin, selon l'EQSP 2014-2015, la majorité des hommes (55 %) et des femmes (70 %) de poids insuffisant croient présenter un poids normal.

ÉVOLUTION DEPUIS 2008

L'indicateur n'est pas jugé affecté par le changement de mode de collecte entre les deux éditions. Les comparaisons avec l'EQSP 2008 peuvent donc être faites en utilisant l'échantillon complet de l'édition 2014-2015 (voir chapitre 1, section 1.5.3).

La répartition de la population selon la perception à l'égard de son poids n'a pas changé en six ans dans la population québécoise (en 2008, excès de poids : 39 % ; trop maigre : 3 % ; normal : 59 %) (données non illustrées).

Tableau 5.5
Perception à l'égard de son poids selon le statut pondéral et le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 2014-2015

	Excès de poids	Trop maigre	À peu près normal
	%		
Statut pondéral			
Poids insuffisant	4,3* [a]	29,9 [a,b]	65,8 [a]
Poids normal	9,9 [a]	4,3 [a,b]	85,8 [a]
Embonpoint	51,4 [a]	0,2* [a]	48,3 [a]
Obésité	88,6 [a]	0,1** [b]	11,3 [a]
Hommes			
Poids insuffisant	6,7** [a]	38,1 [a,b]	55,1 [a]
Poids normal	4,8 [b]	8,0 [a,b]	87,2 [a,b]
Embonpoint	42,1 [a,b]	0,3** [a]	57,6 [b]
Obésité	84,8 [a,b]	0,2** [b]	15,0 [a,b]
Femmes			
Poids insuffisant	3,3* [a]	26,7 [a]	70,0 [a]
Poids normal	13,5 [a]	1,6 [a]	84,8 [a]
Embonpoint	66,1 [a]	0,1** [a]	33,7 [a]
Obésité	92,7 [a]	x	x

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 % ; estimation imprécise, fournie à titre indicatif seulement.

x Donnée confidentielle.

a, b : Pour une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions d'une même colonne au seuil de 0,01.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

5.3 Principale action entreprise concernant son poids

QUE MESURE-T-ON ?

Dans l'EQSP, une question porte sur la principale action entreprise concernant son poids au cours d'une période de référence de six mois. Le but de cette question est de savoir si la personne a posé un geste à l'égard de son poids au cours des six mois précédant l'enquête (POI_4). Voici les choix de réponse possibles :

1. a essayé de perdre du poids ;
2. a essayé de contrôler (maintenir) son poids ;
3. a essayé de gagner du poids ;
4. n'a rien fait concernant son poids.

QUE DISENT LES RÉSULTATS ?

En 2014-2015, la répartition de la population québécoise selon l'action principale entreprise concernant son poids est la suivante : environ 23 % ont essayé de perdre du poids, presque 27 % ont essayé de maintenir leur poids, 3,7 % ont tenté de gagner du poids et plus de 47 % n'ont rien fait (tableau 5.6).

Sexe et âge

L'EQSP révèle que les femmes sont plus nombreuses en proportion que les hommes à avoir essayé de perdre du poids (27 % c. 18 %) ou de maintenir leur poids (29 % c. 24 %) au cours des six derniers mois. Une femme sur trois entre 25 et 44 ans a tenté de perdre du poids durant cette période. Notons également qu'environ 19 % des hommes de 15-24 ans (c. 4,5 % des femmes) ont tenté de gagner du poids (le désir d'augmenter sa masse musculaire peut entrer dans cette catégorie) (tableau 5.6).

Tableau 5.6
Principale action entreprise concernant son poids[1] selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2014-2015

	Perdre du poids	Maintenir son poids	Gagner du poids	N'avoir rien fait
	%			
Total	22,6	26,6	3,7	47,1
Sexe				
Hommes	18,2[a]	24,2[a]	5,5[a]	52,1[a]
Femmes	27,0[a]	28,9[a]	2,0[a]	42,0[a]
Âge				
15-24 ans	19,8[a]	20,9[a,b]	11,8[a]	47,4[a,b]
25-44 ans	26,4[a]	25,9[a]	3,5[a]	44,3[a,c]
45-64 ans	23,6[a]	29,9[a,b]	1,4[a]	45,0[d]
65 ans et plus	16,6[a]	25,9[b]	2,3[a]	55,1[b,c,d]
Hommes				
15-24 ans	10,8[a,b]	15,9[a,b,c]	19,0[a,b]	54,3[a]
25-44 ans	20,3[a]	24,9[a]	5,1[a,b]	49,8[a,b]
45-64 ans	20,1[b]	26,9[b]	1,7[a]	51,4[c]
65 ans et plus	16,7[a,b]	24,6[c]	2,4[b]	56,2[b,c]
Femmes				
15-24 ans	29,1[a]	26,1[a]	4,5[a,b,c]	40,3[a]
25-44 ans	33,1[a,b]	27,0[b]	1,7[a]	38,3[b]
45-64 ans	27,3[b]	32,9[a,b,c]	1,2[b,d]	38,5[c]
65 ans et plus	16,6[a,b]	27,0[c]	2,2[c,d]	54,3[a,b,c]

a, b, c, d : Pour une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions d'une même colonne au seuil de 0,01.
1. Au cours d'une période de six mois.
Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

Statut pondéral et perception à l'égard de son poids

Les actions entreprises concernant son poids sont associées au statut pondéral et à la perception de son poids. La volonté de perdre du poids augmente effectivement avec le poids et atteint presque 44 % parmi les personnes obèses. Quant aux actions pour gagner du poids, elles sont plus répandues chez les personnes de poids insuffisant (tableau 5.7). En effet, presque une personne sur quatre (23 %) qui a un poids insuffisant tente de gagner du poids. De la même manière, les personnes qui considèrent présenter un excès de poids sont plus nombreuses à avoir tenté de perdre du poids (43 % c. 10 % chez celles qui se considèrent de poids normal). En ce qui a trait au sexe, les hommes et les femmes essayant de perdre du poids se retrouvent en plus forte proportion chez les personnes obèses. Enfin, autant d'hommes obèses que d'hommes faisant de l'embonpoint ont tenté de maintenir leur poids au cours des six derniers mois (30 %).

Tableau 5.7
Principale action entreprise concernant son poids[1] selon le statut pondéral, la perception de son poids et le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 2014-2015

	Perdre du poids	Maintenir son poids	Gagner du poids	N'avoir rien fait
	%			
Statut pondéral				
Poids insuffisant	3,5* [a]	8,8* [a]	22,9 [a]	64,9 [a]
Poids normal	11,5 [a]	23,8 [a]	6,1 [a]	58,6 [a]
Embonpoint	26,8 [a]	30,9 [a]	1,2 [a]	41,1 [a]
Obésité	43,5 [a]	28,0 [a]	0,4** [a]	28,0 [a]
Perception à l'égard de son poids				
Excès de poids	42,7 [a]	31,0 [a]	0,2** [a]	26,1 [a]
Trop maigre	1,2** [a]	3,4* [a]	41,2 [a]	54,2 [a]
Normal	10,2 [a]	24,7 [a]	4,4 [a]	60,7 [a]
Hommes				
Statut pondéral				
Poids insuffisant	4,7** [a]	6,5** [a,b]	25,6* [a]	63,2 [a]
Poids normal	5,0 [b]	16,3 [a,b]	11,3 [a]	67,4 [b]
Embonpoint	20,8 [a,b]	29,6 [a]	1,8 [a]	47,8 [a,b]
Obésité	38,7 [a,b]	29,5 [b]	0,7** [a]	31,0 [a,b]
Perception à l'égard de son poids				
Excès de poids	37,8 [a]	32,4 [a]	0,1** [a]	29,6 [a]
Trop maigre	x	x	39,3 [a]	56,9 [a]
À peu près normal	7,6 [a]	20,6 [a]	6,6 [a]	65,2 [a]
Femmes				
Statut pondéral				
Poids insuffisant	3,0** [a]	9,7* [a]	21,8 [a,b]	65,6 [a]
Poids normal	16,2 [a]	29,3 [a]	2,3 [a,b]	52,2 [a]
Embonpoint	36,1 [a]	32,9 [a]	0,4** [a]	30,7 [a]
Obésité	48,7 [a]	26,4 [a]	0,1** [b]	24,8 [a]
Perception à l'égard de son poids				
Excès de poids	46,9 [a]	29,8 [a]	0,2** [a]	23,2 [a,b]
Trop maigre	2,2** [a]	3,8** [a,b]	45,0 [a]	49,0 [a]
À peu près normal	13,1 [a]	29,1 [b]	2,0 [a]	55,8 [b]

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 % ; estimation imprécise, fournie à titre indicatif seulement.

x Donnée confidentielle.

a, b : Pour une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions d'une même colonne au seuil de 0,01.

1. Au cours d'une période de six mois.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

ÉVOLUTION DEPUIS 2008

L'indicateur est affecté par le mode de collecte. Les comparaisons avec l'EQSP 2008 doivent donc être faites en utilisant les estimations du volet téléphonique seulement de l'édition 2014-2015 (voir chapitre 1, section 1.5.3).

La proportion de personnes qui n'ont rien fait concernant leur poids montre une baisse depuis 2008 ; elle était alors de 61 %. Cette diminution s'observe pour les deux sexes et les groupes d'âge (tableau 5.8). De plus, la proportion de personnes ayant tenté de maintenir leur poids a augmenté depuis la dernière enquête (17 % en 2008) de même que la proportion de celles tentant de perdre du poids (19 %). En effet, près de la moitié de la population a tenté de perdre du poids ou de contrôler son poids au cours des six derniers mois en 2014-2015, tandis que cette proportion était de 36 % en 2008. Ces hausses sont perceptibles tant chez les hommes que chez les femmes. Enfin, tous les groupes d'âge connaissent une augmentation quant à la proportion de la population essayant de maintenir son poids.

5.4 Recours à des méthodes pour perdre du poids ou maintenir son poids

QUE MESURE-T-ON ?

Parmi les personnes qui tentent de perdre du poids ou de maintenir leur poids, il est intéressant de mesurer les actions entreprises pour ce faire, qu'elles soient saines ou dangereuses pour la santé[3].

L'EQSP permet d'analyser le recours à des méthodes pour perdre du poids ou maintenir son poids chez les personnes de 15 ans et plus qui ont effectivement tenté de perdre du poids ou de maintenir leur poids au cours des six derniers mois (49 % de la population, voir tableau 5.6). Trois indicateurs ont été construits pour l'analyse des méthodes retenues dans l'EQSP 2014-2015. Les deux premiers représentent les moyens utilisés qui peuvent comporter des risques pour la santé (1- diète

Tableau 5.8
Principale action entreprise concernant son poids[1] selon le sexe et l'âge (estimations comparables)[2], population de 15 ans et plus, Québec, 2008 et 2014-2015

	Perdre du poids		Maintenir son poids		Gagner du poids		N'avoir rien fait	
	2008	2014-2015 (estimations comparables)	2008	2014-2015 (estimations comparables)	2008	2014-2015 (estimations comparables)	2008	2014-2015 (estimations comparables)
	%							
Total	18,7	21,1(+)	17,2	26,7(+)	3,0	3,8(+)	61,1	48,3(–)
Sexe								
Hommes	15,2	17,2(+)	15,5	24,5(+)	4,1	5,8(+)	65,2	52,5(–)
Femmes	22,1	25,1(+)	18,8	28,9(+)	1,9	1,9	57,2	44,1(–)
Âge								
15-24 ans	14,6	18,4	12,7	21,3(+)	8,4	12,2(+)	64,3	48,1(–)
25-44 ans	20,3	24,2(+)	17,7	26,0(+)	3,1	3,7	58,9	46,1(–)
45-64 ans	21,0	22,1	19,6	29,8(+)	1,2	1,5	58,1	46,6(–)
65 ans et plus	13,8	16,4(+)	14,9	26,3(+)	1,4	2,0	69,9	55,4(–)

(+) (–) : Augmentation ou diminution significative depuis 2008 au seuil de 0,01 pour une action donnée.

1. Au cours des six derniers mois.

2. Les valeurs présentées dans ce tableau ne représentent pas les estimations officielles de l'édition 2014-2015 de l'EQSP. Il s'agit plutôt d'estimations comparables, basées sur l'échantillon du volet téléphonique seulement, utilisées pour analyser l'évolution du phénomène depuis 2008.

Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2008 et 2014-2015.

3. À noter que chez les personnes qui tentent de perdre du poids, le nombre de tentatives a été documenté mais n'est pas présenté ici. Disons seulement que la majorité a rapporté « faire pratiquement toujours attention ».

ou programme d'amaigrissement commercial et 2- cinq méthodes dangereuses) et le troisième indicateur dépeint les méthodes dites saines.

DIÈTE OU PROGRAMME D'AMAIGRISSEMENT COMMERCIAL

Un indicateur sur le recours à une diète ou à un programme d'amaigrissement commercial a été créé à partir de la question (POI_6): Au cours des six derniers mois, combien de fois avez-vous essayé de suivre une diète très faible en calories ou un programme d'amaigrissement commercial tel que Weight Watchers ou Minçavi dans le but de perdre du poids ou le maintenir ? L'indicateur analysé est le recours une fois ou plus à une diète très faible en calories ou un programme d'amaigrissement commercial.

RECOURS À DES MÉTHODES DANGEREUSES

Le recours à cinq méthodes qui présentent un potentiel de dangerosité pour la santé a été mesuré. L'indicateur tient compte de la fréquence du recours à ces méthodes par la population qui tente de perdre du poids ou de maintenir son poids (POI_7): Pour chacune des méthodes qui peuvent être utilisées pour perdre du poids ou le maintenir, a-t-elle été essayée « souvent », « à l'occasion », « rarement » ou « jamais » au cours des six derniers mois ?

(POI_7_1) Ne pas manger pendant toute une journée

(POI_7_2) Sauter des repas

(POI_7_3) Prendre des substituts de repas comme des barres ou du pouding Nutribar, Slim-Fast, etc.

(POI_7_4) Prendre des coupe-faim, des laxatifs ou se faire vomir

(POI_7_5) Commencer ou recommencer à fumer

L'indicateur analysé prend en compte la catégorie de réponse « souvent » à au moins une des cinq méthodes.

MÉTHODES SAINES POUR PERDRE DU POIDS OU MAINTENIR SON POIDS

Le nombre de méthodes saines utilisées par les personnes qui ont tenté de maintenir leur poids ou perdre du poids au cours des six derniers mois est considéré pour cet indicateur. La fréquence du recours à chacune des 12 méthodes proposées (POI_8) a été mesurée à l'aide des choix suivants : « oui, presque tous les jours », « oui, à l'occasion » ou « non ».

(POI_8_1) Faire de l'activité physique 30 minutes dans la journée

(POI_8_2) Diminuer les portions

(POI_8_3) Porter attention à la sensation d'avoir faim et à celle d'avoir assez mangé

(POI_8_4) Réduire le grignotage entre les repas

(POI_8_5) Manger plus de fruits et de légumes

(POI_8_6) Manger des aliments moins gras

(POI_8_7) Manger des aliments moins sucrés

(POI_8_8) Réduire la consommation d'alcool

(POI_8_9) Diminuer la consommation de boissons sucrées

(POI_8_10) Remplacer les breuvages et boissons sucrés par de l'eau

(POI_8_11) Cuisiner davantage

(POI_8_12) Diminuer la consommation de *fast-food* et de repas livrés

L'indicateur « nombre de méthodes saines utilisées au cours des six derniers mois » est calculé en additionnant les méthodes dont la fréquence est « oui, presque tous les jours ». Enfin, l'indicateur comporte quatre catégories : aucune méthode, une à quatre méthodes, cinq à huit méthodes et neuf méthodes et plus.

QUE DISENT LES RÉSULTATS?

DIÈTE OU PROGRAMME D'AMAIGRISSEMENT COMMERCIAL

Au Québec, en 2014-2015, au cours de la période de référence de six mois, environ 14 % des personnes ayant tenté de perdre du poids ou de maintenir leur poids ont eu recours au moins une fois à une diète ou à un programme amaigrissant de type commercial.

Sexe et âge

Parmi les personnes ayant tenté de perdre du poids ou de maintenir leur poids, une proportion plus élevée de femmes que d'hommes a eu recours à une diète ou à un programme d'amaigrissement commercial (17 % c. 10 %). En ce qui concerne l'âge, seules les personnes de 65 ans et plus se distinguent des autres en ayant eu recours à une telle méthode dans une moindre proportion (11 %) (tableau 5.9).

Scolarité et revenu

Les résultats de l'EQSP ne montrent pas d'association entre la scolarité et le recours à ce moyen. Cependant, le revenu est associé à ce dernier, puisqu'environ 16 % des personnes à faible revenu qui tentent de perdre du poids ou de maintenir leur poids ont eu recours à une diète ou un programme d'amaigrissement, comparativement à 14 % des personnes des autres ménages (données non illustrées).

Tableau 5.9
Recours à une diète ou à un programme d'amaigrissement commercial[1] selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus ayant tenté de perdre du poids ou de maintenir son poids, Québec, 2014-2015

	%
Total	**14,3**
Sexe	
Hommes	10,1[a]
Femmes	17,4[a]
Âge	
15-24 ans	15,6[a]
25-44 ans	15,6[b]
45-64 ans	14,2[c]
65 ans et plus	10,7[a,b,c]
Hommes	
15-24 ans	13,2[a]
25-44 ans	11,4[b]
45-64 ans	9,2
65 ans et plus	7,5[a,b]
Femmes	
15-24 ans	16,9
25-44 ans	19,0[a]
45-64 ans	18,1[b]
65 ans et plus	13,2[a,b]

a, b, c : Pour une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions au seuil de 0,01.

1. Au moins une fois au cours des six derniers mois.

Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

ÉVOLUTION DEPUIS 2008

L'indicateur est affecté par le mode de collecte. Les comparaisons avec l'EQSP 2008 doivent donc être faites en utilisant les estimations du volet téléphonique seulement de l'édition 2014-2015 (voir chapitre 1, section 1.5.3).

La proportion de la population qui tente de perdre du poids ou de maintenir son poids et qui a utilisé des diètes ou des programmes d'amaigrissement pour ce faire est en baisse par rapport à celle observée en 2008. En effet, selon les statistiques comparables, cette proportion passe de 23 % en 2008 à 12 % en 2014-2015 (volet téléphonique seulement). Cette diminution est constatée pour les deux sexes et tous les groupes d'âge, à l'exception des 15 à 24 ans (tableau 5.10).

Tableau 5.10
Recours à une diète ou à un programme d'amaigrissement commercial[1] selon le sexe et l'âge (estimations comparables)[2], population de 15 ans et plus ayant tenté de perdre du poids ou de maintenir son poids, Québec, 2008 et 2014-2015

	2008	2014-2015 (estimations comparables)
	%	
Total	**22,6**	**12,3(–)**
Sexe		
Hommes	18,6	8,1(–)
Femmes	25,5	15,6(–)
Âge		
15-24 ans	18,3	13,7
25-44 ans	23,7	13,3(–)
45-64 ans	24,5	12,5(–)
65 ans et plus	17,1	9,0(–)

(–) : Diminution significative depuis 2008 au seuil de 0,01.

1. Au moins une fois au cours des six derniers mois.

2. Les valeurs présentées dans ce tableau ne représentent pas les estimations officielles de l'édition 2014-2015 de l'EQSP. Il s'agit plutôt d'estimations comparables, basées sur l'échantillon du volet téléphonique seulement, utilisées pour analyser l'évolution du phénomène depuis 2008.

Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2008 et 2014-2015.

RECOURS À DES MÉTHODES DANGEREUSES

Sexe et âge

Une proportion comparable d'hommes et de femmes souhaitant perdre du poids ou maintenir leur poids ont eu recours « souvent » à au moins une méthode potentiellement dangereuse pour ce faire au cours des six derniers mois (8 %).

Les personnes de 65 ans et plus sont proportionnellement moins nombreuses que les autres groupes d'âge à avoir tenté de perdre du poids ou maintenir leur poids en utilisant des méthodes potentiellement dangereuses (6 %). Cette différence selon l'âge n'est significative que chez les femmes (tableau 5.11). Ces méthodes sont présentées de façon détaillée dans le tableau C5.1 (page 78).

Tableau 5.11
Recours (souvent) à au moins une méthode présentant un potentiel de dangerosité[1] selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus ayant tenté de perdre du poids ou de maintenir son poids, Québec, 2014-2015

	%	
Total	**8,0**	
Sexe		
Hommes	7,8	
Femmes	8,1	
Âge		
15-24 ans	10,2	a
25-44 ans	8,6	b
45-64 ans	7,6	a
65 ans et plus	5,7	a,b
Hommes		
15-24 ans	11,1*	
25-44 ans	7,8	
45-64 ans	7,0	
65 ans et plus	7,6	
Femmes		
15-24 ans	9,8	a
25-44 ans	9,1	b
45-64 ans	8,1	c
65 ans et plus	4,3	a,b,c

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.

a, b, c : Pour une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions au seuil de 0,01.

1. Au cours des six derniers mois.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

Scolarité et revenu

Certains sous-groupes de population sont plus enclins à utiliser au moins une des méthodes potentiellement dangereuses pour perdre du poids ou maintenir leur poids. On note une proportion plus importante de personnes ayant eu recours à de telles méthodes chez celles n'ayant pas de diplôme d'études secondaires (11 %) que chez les personnes plus scolarisées. Un tel recours est également plus répandu chez les personnes dont le revenu du ménage est faible que chez celles dont le revenu est plus élevé (13 % c. 7 %) (tableau 5.12).

Tableau 5.12
Recours (souvent) à au moins une méthode présentant un potentiel de dangerosité[1] selon le niveau de scolarité et le revenu, population de 15 ans et plus ayant tenté de perdre du poids ou de maintenir son poids, Québec, 2014-2015

	%
Niveau de scolarité	
Niveau inférieur au DES	11,4[a,b]
Diplôme d'études secondaires (DES)	8,8[a]
Diplôme ou certificat d'études collégiales[2]	7,0[b]
Diplôme d'études universitaires	6,4[a]
Mesure de faible revenu	
Ménages à faible revenu	13,4[a]
Autres ménages	6,5[a]

a, b : Pour une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions au seuil de 0,01.

1. Au cours des six derniers mois.
2. Cette catégorie inclut aussi le diplôme ou le certificat d'études d'une école de métiers ou de formation professionnelle.

Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

ÉVOLUTION DEPUIS 2008

Bien que les méthodes documentées dans la présente enquête soient moins nombreuses que les méthodes questionnées dans l'EQSP 2008, les principales ont été retenues et l'étude de l'évolution peut être faite entre les deux éditions. Toutefois, l'indicateur est affecté par le mode de collecte. Les comparaisons avec l'EQSP 2008 doivent donc être faites en utilisant les estimations du volet téléphonique seulement de l'édition 2014-2015 (voir chapitre 1, section 1.5.3).

Le recours à au moins une méthode présentant un potentiel de dangerosité n'a pas connu d'augmentation depuis la dernière enquête[4].

MÉTHODES SAINES POUR PERDRE DU POIDS OU MAINTENIR SON POIDS

Un certain nombre de méthodes saines peuvent être adoptées afin de perdre du poids ou maintenir son poids. Selon les résultats de l'EQSP 2014-2015, la vaste majorité (90 %) de la population qui tente de perdre du poids ou maintenir son poids a mis en application au moins une de ces méthodes presque tous les jours. Les méthodes documentées dans l'EQSP ont été adoptées dans les six derniers mois par plus du tiers de la population, à l'exception de la réduction de la consommation d'alcool (14 %) (voir tableau C5.2 à la page 78). De plus, quelques méthodes sont utilisées par une majorité de la population qui essaie de perdre du poids ou de maintenir son poids (remplacer les boissons sucrées par de l'eau [55 %], manger plus de fruits et légumes [55 %] et manger des aliments moins gras [55 %]).

4. Lorsqu'on examine les statistiques comparables (8 % en 2008 et 7 % dans le volet téléphonique de 2014-2015).

Sexe et âge

Environ 10 % des Québécois ayant tenté de perdre du poids ou de maintenir leur poids n'utilisent aucune méthode saine, ce qui est le cas autant chez les hommes que chez les femmes (tableau 5.13). Environ 37 % ont adopté entre une et quatre de ces méthodes, 38 %, de cinq à huit méthodes et 15 %, neuf méthodes ou plus. Les femmes ayant tenté de perdre du poids ou de maintenir leur poids sont proportionnellement plus nombreuses à utiliser cinq méthodes ou plus que les hommes. Elles présentent, en revanche, une proportion moindre que les hommes quant au fait d'en utiliser une à quatre.

Enfin, la proportion des personnes qui n'ont recours à aucune méthode saine est plus élevée chez les moins de 45 ans que dans les groupes plus âgés.

Tableau 5.13
Nombre de méthodes saines utilisées[1] selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus ayant tenté de perdre du poids ou de maintenir son poids, Québec, 2014-2015

	Aucune méthode	1 à 4 méthodes	5 à 8 méthodes	9 méthodes et plus
		%		
Total	9,7	36,8	38,3	15,3
Sexe				
Hommes	9,2	42,3[a]	35,3[a]	13,2[a]
Femmes	10,0	32,8[a]	40,4[a]	16,8[a]
Âge				
15-24 ans	11,7[a,b]	37,7[a]	35,3[a]	15,3[a]
25-44 ans	13,3[c,d]	32,9[a,b]	36,8[b]	17,1[b]
45-64 ans	6,5[a,c]	37,8[b]	40,0[a,b]	15,6[c]
65 ans et plus	7,2[b,d]	42,5[a,b]	39,8	10,6[a,b,c]

a, b, c, d : Pour une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions d'une même colonne au seuil de 0,01.

1. Presque tous les jours au cours des six derniers mois.

Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

ÉVOLUTION DEPUIS 2008

L'indicateur est affecté par le mode de collecte. Les comparaisons avec l'EQSP 2008 doivent donc être faites en utilisant les estimations du volet téléphonique seulement de l'édition 2014-2015 (voir chapitre 1, section 1.5.3).

Même si la vaste majorité de la population qui tente de perdre du poids ou maintenir son poids a mis en application au moins une méthode saine presque tous les jours, soit 92 % [estimation comparable de 2014-2015], cette proportion est moindre qu'en 2008 (96 %) (tableau 5.14).

Lorsqu'on examine les statistiques comparables, la proportion n'utilisant aucune méthode est passée de 4,3 % en 2008 à 8 % en 2014-2015 (volet téléphonique seulement). Cette augmentation n'est significative que chez les femmes, de même que chez les 15-24 ans et les 25-44 ans. En ce qui concerne les utilisateurs de méthodes saines, selon le nombre de méthodes, il y a peu de différences avec l'enquête de 2008. En effet, seule la proportion de la population qui a eu recours à cinq à huit méthodes est passée de 45 % en 2008 à 40 % pour le volet téléphonique de 2014-2015. Cette diminution est attribuable aux femmes et aux Québécois de 25 à 44 ans.

Tableau 5.14
Nombre de méthodes saines utilisées[1] selon le sexe et l'âge (estimations comparables)[2], population de 15 ans et plus ayant tenté de perdre du poids ou de maintenir son poids, Québec, 2008 et 2014-2015

	Aucune méthode		1 à 4 méthodes		5 à 8 méthodes		9 méthodes et plus	
	2008	2014-2015 (estimations comparables)	2008	2014-2015 (estimations comparables)	2008	2014-2015 (estimations comparables)	2008	2014-2015 (estimations comparables)
	%							
Total	4,3	8,4 (+)	34,7	34,5	44,6	39,7 (–)	16,4	17,3
Sexe								
Hommes	5,4	7,1	38,5	40,3	42,3	38,0	13,8	14,6
Femmes	3,4	9,4 (+)	31,9	30,4	46,3	41,0 (–)	18,4	19,2
Âge								
15-24 ans	2,8*	11,3 (+)	35,8	32,6	44,5	38,7	16,9	17,4
25-44 ans	4,2	11,3 (+)	30,6	30,4	45,2	37,9 (–)	20,0	20,4
45-64 ans	4,1	5,0	35,6	36,4	44,8	41,4	15,4	17,2
65 ans et plus	6,5*	7,6	43,0	41,3	42,1	40,9	8,4	10,2

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.

(+) (–) : Augmentation ou diminution significative depuis 2008 au seuil de 0,01 pour un nombre de méthodes donné.

1. Presque tous les jours au cours des six derniers mois.
2. Les valeurs présentées dans ce tableau ne représentent pas les estimations officielles de l'édition 2014-2015 de l'EQSP. Il s'agit plutôt d'estimations comparables, basées sur l'échantillon du volet téléphonique seulement, utilisées pour analyser l'évolution du phénomène depuis 2008.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2008 et 2014-2015.

À RETENIR

Statut pondéral

La proportion de personnes obèses a augmenté dans la population québécoise âgée de 15 ans et plus depuis 2008, alors que la proportion de personnes ayant un poids normal a diminué dans le même intervalle de temps.

L'augmentation de l'obésité depuis 2008 est perceptible tant chez les hommes que chez les femmes. Cette augmentation est également significative chez les 25 ans et plus.

Le surplus de poids concerne 6 hommes sur 10 de 25 à 44 ans et jusqu'à 7 hommes sur 10 de 45 ans et plus. Quatre femmes sur dix de 25 à 44 ans ont un surplus de poids, et la moitié des Québécoises de 45 ans et plus affichent un surplus de poids.

L'obésité est plus répandue chez les hommes et les femmes de faible revenu. Par contre, l'embonpoint se retrouve davantage chez les hommes dont le ménage n'est pas à faible revenu. En ce qui concerne l'embonpoint chez les femmes, l'enquête n'a pas décelé d'écart significatif selon le niveau de revenu.

Perception à l'égard de son poids

L'adéquation entre le statut pondéral et la perception qu'a une personne de son poids n'est pas parfaite. Par exemple, une certaine proportion d'hommes et de femmes obèses estiment avoir un poids normal. Ce phénomène est également observé pour une majorité d'hommes et de femmes de poids insuffisant. Autre fait à souligner, malgré l'augmentation du taux d'obésité dans la population de 15 ans et plus depuis 2008, la proportion considérant avoir un excès de poids n'a pas changé.

Principale action entreprise concernant son poids et méthodes utilisées

En 2014-2015, plus d'un Québécois sur cinq a essayé de perdre du poids dans les six derniers mois. C'est le cas d'environ une femme sur trois de 25 à 44 ans.

Près de la moitié de la population de 15 ans et plus a tenté de perdre du poids ou de maintenir son poids, ce qui représente une hausse par rapport à l'EQSP 2008. Toutefois, une proportion semblable n'a rien fait de particulier concernant son poids au cours des six derniers mois, ce qui constitue une baisse comparativement à 2008; cette diminution touche à la fois les hommes, les femmes et chaque groupe d'âge.

Les méthodes utilisées dans le but de perdre du poids ou maintenir son poids peuvent être saines ou comporter des risques pour la santé. Parmi les femmes qui tentent de perdre du poids ou de maintenir leur poids, près d'une sur cinq entre 15 et 64 ans a eu recours à une diète ou à un programme d'amaigrissement commercial.

Près d'un Québécois sur 10 ayant tenté de perdre du poids ou maintenir son poids a eu recours souvent à au moins une des méthodes potentiellement dangereuses. Malgré cela, la très grande majorité des Québécois ayant un tel but a eu recours, presque tous les jours, à au moins une méthode saine.

TABLEAUX COMPLÉMENTAIRES

Tableau C5.1
Recours (souvent) à des méthodes présentant un potentiel de dangerosité[1], population de 15 ans et plus ayant tenté de perdre du poids ou de maintenir son poids, Québec, 2014-2015

	%
Ne pas manger pendant toute une journée	1,7
Sauter des repas	4,4
Prendre des substituts de repas	2,8
Se faire vomir, prendre des laxatifs ou des coupe-faim	0,5
Commencer ou recommencer à fumer	1,1

1. Au cours des six derniers mois.

Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

Tableau C5.2
Recours à des méthodes saines[1] selon le sexe, population de 15 ans et plus ayant tenté de perdre du poids ou de maintenir son poids, Québec, 2014-2015

	Total	Hommes	Femmes
		%	
Faire de l'activité physique 30 minutes dans la journée (loisirs, déplacements)	**35,8**	36,2	35,5
Diminuer les portions	**36,1**	32,1 [a]	39,1 [a]
Porter attention à la sensation d'avoir faim et à celle d'avoir assez mangé	**39,6**	33,1 [a]	44,5 [a]
Réduire le grignotage entre les repas	**40,6**	36,8 [a]	43,4 [a]
Manger plus de fruits et de légumes	**55,4**	47,1 [a]	61,7 [a]
Manger des aliments moins gras	**55,4**	46,7 [a]	62,0 [a]
Manger des aliments moins sucrés	**48,2**	43,3 [a]	52,0 [a]
Réduire la consommation d'alcool	**14,3**	14,6	14,0
Diminuer la consommation de boissons sucrées	**35,6**	38,2 [a]	33,6 [a]
Remplacer les breuvages et boissons sucrés par de l'eau	**55,0**	53,4 [a]	56,3 [a]
Cuisiner davantage	**46,7**	40,2 [a]	51,7 [a]
Diminuer la consommation de fast-food et de repas livrés	**41,3**	41,1	41,4

a : Pour une méthode donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les hommes et les femmes au seuil de 0,01.

1. Presque tous les jours au cours des six derniers mois.

Notes : Il n'est pas souhaitable de comparer les différentes méthodes entre elles car aucun test n'a été fait pour déterminer si une méthode est plus utilisée qu'une autre. Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

RÉFÉRENCES

AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (ASPC) (2011). *Obésité au Canada. Rapport conjoint de l'Agence de santé publique du Canada et de l'Institut canadien d'information sur la santé*, Ottawa, 70 p.

AL SABBAH, H., et autres (2009). "Weight Control Behaviors among Overweight, Normal Weight and Underweight Adolescents in Palestine: Findings from the National Study of Palestinian Schoolchildren (HBSC-WBG2004)", *International Journal of Eating Disorders*, vol. 43, nº 4, p. 326-336.

CHANG, V. W., et N. A. CHRISTAKIS (2003). "Self-Perception of Weight Appropriateness in the United States", *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 24, nº 4, p. 332-339.

COLE, T. J., et autres (2007). "Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey", *British Medical Journal*, vol. 335, nº 7612, p. 194-197. [En ligne]. [www.bmj.com/cgi/reprint/bmj.39238.399444.55v1] (Consulté le 20 juin 2016).

COLE, T. J., et autres (2000). "Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey", *British Medical Journal*, vol. 320, nº 7244, p. 1240-1243. [En ligne]. [www.bmj.com/cgi/reprint/320/7244/1240] (Consulté le 20 juin 2016).

GOLDSCHMIDT, A. B., et autres (2008). "Disordered Eating Attitudes and Behaviors in Overweight Youth", *Obesity*, vol. 16, nº 2, p. 257-264.

HALL, D. M. B., et T. J. COLE (2006). "What use is the BMI?", *Archives of Disease in Childhood*, vol. 91, nº 4, p. 283-286.

JALBERT, Y. G., et S. ST-PIERRE-GAGNÉ (2015). *La face cachée et l'imposture des produits, services et moyens amaigrissants (PSMA). État des lieux 2008-2014*, Montréal, Association pour la santé publique du Québec, 58 p.

LAMONTAGNE, P., et D. HAMEL (2009). *Le poids corporel chez les enfants et adolescents du Québec de 1978 à 2005*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 69 p.

LEDOUX, M., L. MONGEAU et M. RIVARD (2002). « Poids et image corporelle », dans *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 14, p. 311-344.

MARTEL, S., et autres (2014). *Poids corporel et santé chez les adultes québécois*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 24 p. (Fardeau du poids corporel).

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (2003). « Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale. Rapport d'une Consultation de l'OMS », *Série de Rapports techniques*, Genève, nº 894, 284 p.

SANTÉ CANADA (2003). *Lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez les adultes*, Ottawa, Santé Canada, 43 p.

STATISTIQUE CANADA (2013). *Composition corporelle des adultes canadiens, 2009 à 2011*, [En ligne]. [www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2012001/article/11708-fra.htm] (Consulté le 20 juin 2016).

TIMPERIO, A., et autres (2000). "The public's response to the obesity epidemic in Australia : weight concerns and weight control practices of men and women", *Public Health Nutrition*, vol. 3, nº 4, p. 417-424.

Chapitre 6

STATUT DE FUMEUR DE CIGARETTE

Les fumeurs de cigarette présentent un plus grand risque de développer une maladie cardiovasculaire, un cancer du poumon ou d'autres maladies respiratoires (USDHHS, 2014). Le tabagisme constitue au Québec la première cause de mortalité évitable et d'années de vie en bonne santé perdues : il serait responsable de la mort de 10 400 personnes par année (Rehm et autres, 2006). Par conséquent, la lutte contre le tabagisme est l'un des principaux enjeux du *Programme national de santé publique 2015-2025* (MSSS, 2015).

QUE MESURE-T-ON ?

L'indicateur du statut de fumeur de cigarette répartit les Québécois de 15 ans et plus en quatre catégories : fumeurs réguliers, fumeurs occasionnels, anciens fumeurs et non-fumeurs. Il est construit à partir de trois questions :

(CIG_1) Avez-vous fumé une centaine de cigarettes ou plus durant votre vie (environ 4 paquets) ?

(CIG_2) Avez-vous déjà fumé une cigarette entière ?

(CIG_3) Actuellement, fumez-vous des cigarettes tous les jours, à l'occasion ou jamais ?

Les quatre catégories peuvent être définies ainsi :

- **Les fumeurs réguliers** sont des personnes qui fument tous les jours.
- **Les fumeurs occasionnels** sont des personnes qui fument à l'occasion.
- **Les anciens fumeurs** sont des personnes qui ne fument plus actuellement mais qui ont déjà fumé une centaine de cigarettes ou plus ou qui ont déjà fumé une cigarette entière.
- **Les non-fumeurs** sont des personnes qui ne fument pas actuellement et qui n'ont jamais fait l'expérience d'une cigarette entière et qui n'ont pas fumé une centaine de cigarettes.

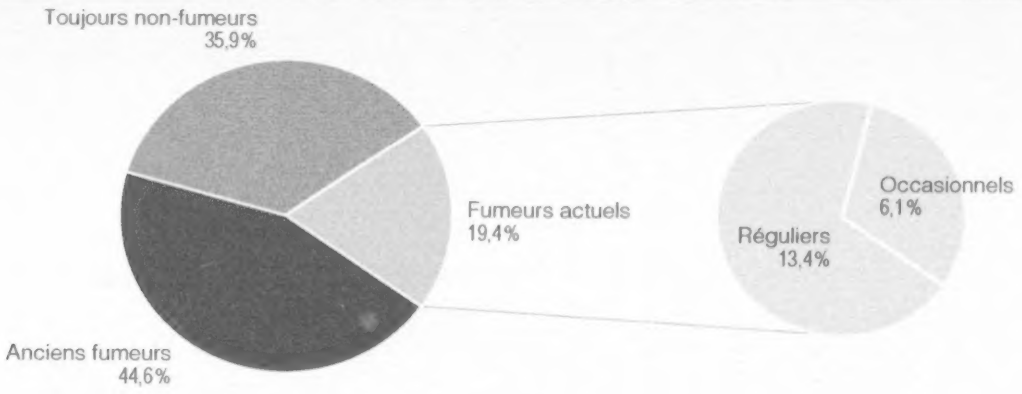
Dans ce chapitre, une typologie de statut de fumeur à deux catégories est également utilisée. La catégorie « **fumeurs actuels** » regroupe les fumeurs réguliers et les fumeurs occasionnels, puis la catégorie « **non-fumeurs actuels** » comprend les anciens fumeurs et les non-fumeurs depuis toujours.

QUE DISENT LES RÉSULTATS ?

En 2014-2015, 13 % des Québécois de 15 ans et plus sont des fumeurs réguliers, 6 %, des fumeurs occasionnels[1], 45 %, des anciens fumeurs[2] et 36 %, des non-fumeurs (figure 6.1). En regroupant les fumeurs réguliers et occasionnels, la proportion de fumeurs actuels s'établit à environ 19 %.

1. La question (CIG_4) « Avez-vous déjà fumé des cigarettes tous les jours ? » permet de préciser que : 4,0 % sont des anciens fumeurs réguliers et 2,1 % ont toujours fumé à l'occasion (données non illustrées).
2. La question (CIG_4) « Avez-vous déjà fumé des cigarettes tous les jours ? » permet de préciser que : 17,4 % sont des anciens fumeurs occasionnels et 27,2 %, des anciens fumeurs réguliers (données non illustrées).

Figure 6.1
Statut de fumeur de cigarette, population de 15 ans et plus, Québec, 2014-2015



Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

Sexe et âge

Les résultats montrent que la proportion de fumeurs actuels de cigarette est plus élevée chez les hommes que chez les femmes (21 % c. 18 %) ; cette différence s'observe particulièrement chez les fumeurs réguliers (tableau 6.1). L'âge est également associé au statut de fumeur : les Québécois de 65 ans et plus sont proportionnellement moins nombreux à se classer parmi les « fumeurs actuels » (11 %) que ceux des autres groupes d'âge.

Il est intéressant de noter que la proportion de fumeurs occasionnels diminue avec l'avancée en âge, passant de plus de 9 % chez les 15-24 ans à 2,8 % chez les 65 ans et plus. Par ailleurs, si la proportion de personnes se classant dans les « non-fumeurs » diminue à mesure que l'âge augmente (de 63 % chez les 15-24 ans à 25 % chez les 45-64 ans), celle des anciens fumeurs augmente, passant d'environ 19 % chez les 15-24 ans à 61 % chez les 65 ans et plus.

Tableau 6.1
Statut de fumeur de cigarette selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2014-2015

	Fumeurs actuels			Non-fumeurs actuels		
	Fumeurs réguliers	Fumeurs occasionnels	Total	Anciens fumeurs	Non-fumeurs	Total
	%					
Total	13,4	6,1	19,4	44,6	35,9	80,6
Sexe						
Hommes	14,4[a]	6,4	20,7[a]	46,4[a]	32,8[a]	79,3[a]
Femmes	12,5[a]	5,7	18,2[a]	42,9[a]	38,9[a]	81,8[a]
Âge						
15-24 ans	9,1[a]	9,3[a]	18,4[a,b]	18,8[a]	62,7[a]	81,6[a,b]
25-44 ans	14,2[a,b]	7,5[a]	21,7[a]	38,1[a]	40,2[a]	78,3[a]
45-64 ans	17,3[a,b]	5,2[a]	22,4[b]	52,3[a]	25,2[a]	77,6[b]
65 ans et plus	8,3[b]	2,8[a]	10,9[a,b]	61,1[a]	27,8[a]	89,1[a,b]

a, b : Pour une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions d'une même colonne au seuil de 0,01.
Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

Scolarité, revenu, composition du ménage et occupation

Le statut de fumeur est associé à diverses caractéristiques sociodémographiques comme la scolarité, le revenu, la composition du ménage et l'occupation principale. Les résultats présentés au tableau 6.2 montrent que les personnes qui détiennent un diplôme universitaire fument proportionnellement moins la cigarette (12 %) que celles ayant un niveau de scolarité inférieur. On constate, d'autre part, que l'usage de la cigarette est davantage répandu chez les Québécois vivant dans un ménage à faible revenu que chez les autres (26 % c. 17 %).

Les personnes en couple avec ou sans enfants sont moins nombreuses, en proportion, à consommer la cigarette que les autres catégories (17 % et 16 % respectivement c. 23 % chez les personnes seules et 27 % chez les personnes vivant dans une famille monoparentale ou dans un ménage de type autre[3]). Enfin, l'usage de la cigarette est plus répandu chez les personnes qui sont sans emploi (33 %) que chez les travailleurs (21 %), les étudiants (16 %) ou les retraités (13 %).

Tableau 6.2
Fumeurs actuels de cigarette[1] selon certaines caractéristiques sociodémographiques, population de 15 ans et plus, Québec, 2014-2015

	%
Niveau de scolarité	
Niveau inférieur au DES	23,5[a]
Diplôme d'études secondaires (DES)	23,9[b]
Diplôme ou certificat d'études collégiales[2]	20,0[a,b]
Diplôme d'études universitaires	11,9[a,b]
Mesure de faible revenu	
Ménages à faible revenu	25,7[a]
Autres ménages	17,5[a]
Composition du ménage	
Personne vivant seule	23,4[a,b,c,d]
Couple sans enfant	16,1[a,b]
Couple avec enfants	16,6[c,d]
Famille monoparentale	26,6[a,c]
Autre	27,0[b,d]
Occupation principale	
Travailleurs	20,7[a]
Étudiants	16,2[a]
Personnes sans emploi	32,9[a]
Retraités	12,8[a]

a, b, c, d : Pour une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions au seuil de 0,01.

1. Fumeurs réguliers et occasionnels.

2. Cette catégorie inclut aussi le diplôme ou le certificat d'études d'une école de métiers ou de formation professionnelle.

Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

3. Autre type de ménage : cela inclut principalement des ménages composés de personnes apparentées par des liens autres que conjugaux ou filiaux ou de personnes non apparentées (colocataires).

ÉVOLUTION DEPUIS 2008

L'indicateur n'est pas jugé affecté par le changement de mode de collecte entre les deux éditions. Les comparaisons avec l'EQSP 2008 peuvent donc être faites en utilisant l'échantillon complet de l'édition 2014-2015 (voir chapitre 1, section 1.5.3).

En 2014-2015, la proportion de personnes ayant le statut de « fumeurs actuels » s'établit à environ 19 %; il s'agit d'une diminution par rapport à celle observée en 2008 (24 %). Cette baisse touche à la fois les hommes, les femmes et tous les groupes d'âge, à l'exception des 65 ans et plus (tableau 6.3).

Tableau 6.3
Fumeurs actuels de cigarette[1] selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2008 et 2014-2015

	2008	2014-2015
	%	
Total	**23,6**	**19,4 (–)**
Sexe		
Hommes	25,4	20,7 (–)
Femmes	21,9	18,2 (–)
Âge		
15-24 ans	25,5	18,4 (–)
25-44 ans	26,9	21,7 (–)
45-64 ans	24,8	22,4 (–)
65 ans et plus	11,6	10,9

(–) : Diminution significative depuis 2008 au seuil de 0,01.

1. Fumeurs réguliers et occasionnels.

Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2008 et 2014-2015.

À RETENIR

En 2014-2015, un Québécois de 15 ans et plus sur cinq fume la cigarette régulièrement ou occasionnellement, alors qu'en 2008, c'était le cas de près d'une personne sur quatre.

Les hommes sont proportionnellement plus nombreux à faire partie de la catégorie « fumeurs actuels » que les femmes. La proportion de « fumeurs actuels » est également plus élevée chez les 25-44 ans et les 45-64 ans que chez les plus jeunes (15-24 ans) ou les plus âgés (65 ans et plus).

L'usage de la cigarette est moins répandu chez les personnes détenant un diplôme universitaire et chez celles vivant dans un ménage n'étant pas considéré comme à faible revenu. Enfin, les personnes sans emploi sont plus susceptibles de faire partie de la catégorie des fumeurs actuels de cigarette.

RÉFÉRENCES

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2015). *Programme national de santé publique 2015-2025*, [En ligne]. [publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-216-01W.pdf] (Consulté le 27 juin 2016).

REHM, J., et autres (2006). *Les coûts de l'abus de substances au Canada 2002. Points saillants*, [En ligne]. [www.ccsa.ca/Resource%20Library/ccsa-011333-2006.pdf] (Consulté le 27 juin 2016).

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (USDHHS) (2014). *The health consequences of smoking: 50 years of progress. A report of the Surgeon General*, [En ligne]. [www.surgeongeneral.gov/library/reports/50-years-of-progress/full-report.pdf] (Consulté le 27 juin 2016).

Chapitre 7

CONSOMMATION DE DROGUES

La consommation de drogues illicites peut avoir des conséquences néfastes sur la santé et le bien-être, telles que des hospitalisations à la suite d'une surconsommation intentionnelle ou non ou des problèmes de dépendance (MSSS, 2006).

La recherche épidémiologique des 20 dernières années s'intéressant à la consommation de drogues a démontré qu'environ 10 % des utilisateurs réguliers de cannabis développent une dépendance et que parmi les risques associés à la consommation régulière de cannabis, les troubles de mémoire et d'attention dépendent de la durée et de la fréquence de consommation (Hall, 2015).

Par ailleurs, depuis le début des années 2000, le taux d'intoxications mortelles associées aux médicaments et aux drogues augmente dans la population québécoise de 20 ans et plus (INSPQ, 2013).

QUE MESURE-T-ON ?

Dix questions de l'EQSP 2014-2015 recensent la consommation de dix drogues différentes :

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pris ou essayé (...) :

(DRG1_1) Marijuana (cannabis, pot ou haschich),

(DRG2_1) Cocaïne (crack, coke, free base ou poudre),

(DRG3_1) Amphétamines (ou speed),

(DRG4_1) Ecstasy (ou MDMA, E, XTC, X, pilule, extase, dove, love drug),

(DRG5_1) Hallucinogènes (ou PCP, LSD, acide, buvard, champignons),

(DRG6_1) Héroïne (ou smack),

(DRG7_1) Crystal meth (méthamphétamines ou ice),

(DRG8_1) Kétamine (special K),

(DRG9_1) Médicaments non prescrits[1],

(DRG10_1) Inhalation de colle (essence ou autres solvants).

La fréquence de consommation de cannabis[2] au cours des 12 derniers mois est mesurée (DRG1_2) avec les choix de réponse suivants : moins d'une fois par mois, une à trois fois par mois, une fois par semaine, plus d'une fois par semaine, tous les jours.

La consommation de drogues dans la population est étudiée de différentes façons selon les types de drogues :

- La consommation de drogues en général (toutes drogues confondues) au cours des 12 derniers mois est circonscrite par l'usage, au moins une fois, de l'un des 10 types de drogues.
- Trois catégories de consommation sont définies dans la population : les personnes qui n'ont consommé aucune drogue ; les personnes qui ont consommé uniquement du cannabis ; et les personnes qui ont consommé d'autres drogues (incluant les médicaments pris sans prescription), qu'elles aient consommé ou non du cannabis.
- La consommation de chaque type de drogue dans l'ensemble de la population.
- La consommation de cannabis au cours des 12 derniers mois est analysée plus en profondeur car cette drogue est la plus consommée dans la population.

1. Les médicaments non prescrits sont des substances normalement obtenues avec prescription mais qui sont consommées sans prescription, et ce, dans le but d'avoir un effet similaire à celui des drogues, par exemple du Dilaudid ou des benzodiazépines comme Valium, Ativan, etc. (Librium, Dalmane, Halcion, Ritalin, morphine et codéine sont d'autres exemples).
2. La fréquence de consommation de la cocaïne est également mesurée dans le questionnaire de l'EQSP 2014-2015, mais ne fait pas l'objet d'analyses dans le présent rapport.

Finalement, une question portant sur l'usage des drogues par injection au cours de la vie a été posée à tous les répondants, qu'ils aient consommé ou non des drogues au cours des 12 derniers mois (DRG11_1).

QUE DISENT LES RÉSULTATS?

Sexe et âge

En 2014-2015, environ 17 % de la population québécoise de 15 ans et plus a consommé de la drogue au cours des 12 derniers mois (toutes drogues confondues). Les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à consommer de la drogue (21 % c. 13 %) (tableau 7.1).

Lorsqu'on considère le type de drogue consommée, on observe d'abord que le cannabis est de loin la drogue la plus consommée par les Québécois de 15 ans et plus (15 %) (tableau 7.1). La moitié (52 %) des consommateurs de cannabis en ont pris moins d'une fois par mois au cours des 12 derniers mois. La proportion de ceux qui en ont pris une à trois fois par mois est de 15 % ; une fois par semaine, 9 % ; plus d'une fois par semaine, 14 % ; et tous les jours, 11 % (données non illustrées).

Pour les neuf autres drogues examinées, les prévalences à l'échelle de la population québécoise sont faibles, soit de moins de 2 %.

Les résultats montrent également que le type de drogue consommée varie selon le sexe. En effet, les hommes sont proportionnellement plus nombreux à avoir fait usage de cannabis au cours des 12 derniers mois que les femmes (19 % c. 11 %). Le même phénomène est observé pour la cocaïne (2,6 % c. 1,2 %) et les hallucinogènes (1,2 % c. 0,7 %).

Dans l'ensemble de la population de 15 ans et plus, on estime que 12 % ont pris uniquement du cannabis au cours des 12 derniers mois, alors que 4,6 % ont consommé au moins une autre drogue (avec ou sans cannabis) (figure 7.1). Les hommes sont proportionnellement plus nombreux à avoir consommé du cannabis seulement (15 % c. 9 %) ou d'autres drogues, avec ou sans cannabis (5 % c. 3,8 %). Parmi les personnes ayant consommé de la drogue au cours des 12 derniers mois, environ 7 sur 10 (72 %) ont consommé uniquement du cannabis et 3 sur 10 (28 %) ont fait usage d'autres drogues, avec ou sans cannabis (données non illustrées).

Tableau 7.1
Drogues[1] consommées au cours des 12 derniers mois selon le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 2014-2015

	Total	Hommes	Femmes
		%	
Consommation de drogues	**16,7**	**20,6** [a]	**12,8** [a]
Amphétamines	1,3	1,3	1,2
Cocaïne (crack)	1,9	2,6 [a]	1,2 [a]
Crystal meth (méthamphétamines)	0,2*	0,2*	0,1**
Ecstasy	1,4	1,3	1,5
Hallucinogènes (PCP, LSD, champignons)	0,9	1,2 [a]	0,7 [a]
Kétamine	0,2	0,3*[a]	0,1**[a]
Cannabis (marijuana, hachisch)	15,2	19,0 [a]	11,5 [a]
Médicaments non prescrits	1,1	1,1	1,1
Colle (solvants)	0,3	0,3*	0,2*

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.

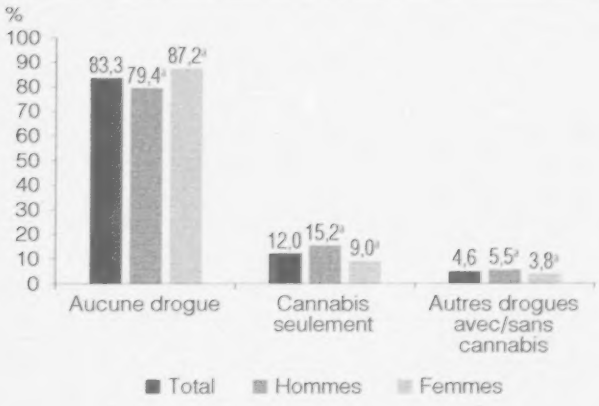
** Coefficient de variation supérieur à 25 % ; estimation imprécise, fournie à titre indicatif seulement.

a : Pour une drogue donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les hommes et les femmes au seuil de 0,01.

1. L'héroïne ne figure pas dans le tableau en raison de données infimes (0,0 %).

Source : Institut de la statistique du Québec, Enquête québécoise sur la santé de la population, 2014-2015.

Figure 7.1
Consommation[1] de cannabis ou d'autres drogues selon le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 2014-2015



a : Pour une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les hommes et les femmes au seuil de 0,01.

1. Au cours des 12 derniers mois.

Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

Par ailleurs, la consommation de drogues au cours des 12 derniers mois diminue de façon significative à mesure que l'âge augmente, passant de 40 % chez les 15 à 24 ans à 1,9 % chez les 65 ans et plus (tableau 7.2). De plus, la proportion de consommateurs de cannabis est significativement plus importante chez les jeunes de 15 à 24 ans (38 %) que dans les autres groupes d'âge.

Un autre constat va dans le même sens : les jeunes de 15 à 24 ans sont proportionnellement plus nombreux que leurs aînés à avoir consommé de la cocaïne (4,7 %), des amphétamines (3,3 %), de l'ecstasy ou d'autres substances semblables (5 %), des hallucinogènes (3,8 %) et des médicaments non prescrits (2,3 %) (tableau 7.2).

Tableau 7.2
Drogues[1] consommées au cours des 12 derniers mois selon l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2014-2015

	15-24 ans	25-44 ans	45-64 ans	65 ans et plus
	%			
Consommation de drogues	**39,8** a	**22,9** a	**9,5** a	**1,9** a
Amphétamines	3,3 a	1,8 a	0,5 a	0,2** a
Cocaïne (crack)	4,7 a	2,9 a	0,8 a	0,1** a
Crystal meth (méthamphétamines)	0,5** a	0,2* a	x	x
Ecstasy	5,3 a	1,6 a	x	x
Hallucinogènes (PCP, LSD, champignons)	3,8 a	1,0 a	x	x
Kétamine	0,8* a	0,2** a	x	x
Cannabis (marijuana, hachisch)	38,4 a	21,0 a	8,0 a	1,1 a
Médicaments non prescrits	2,3 a,b	1,2 a	0,9 b	0,5* a,b
Colle (solvants)	0,9* a,b,c	0,2** a	0,2** b	0,1** c

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 % ; estimation imprécise, fournie à titre indicatif seulement.

x Donnée confidentielle.

a, b, c : Pour une drogue donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les âges au seuil de 0,01.

1. L'héroïne ne figure pas dans le tableau en raison de données infimes (0,0 %).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

Scolarité, revenu, composition du ménage et occupation

La consommation de drogues des Québécois de 15 ans et plus est associée à la scolarité, à la composition du ménage ainsi qu'à l'occupation principale. Les résultats montrent, en effet, que la proportion de personnes ayant consommé de la drogue au cours des 12 derniers mois est plus élevée chez celles ayant un diplôme du secondaire (DES) (19 %) et chez celles ayant un diplôme d'études collégiales (20 %) (tableau 7.3).

Quant à la consommation de cannabis, elle varie également selon le niveau de scolarité. La proportion des personnes qui ont consommé cette drogue au cours des 12 derniers mois est plus faible chez celles n'ayant pas de diplôme (13 %) et chez celles ayant un diplôme universitaire (12 %), et plus élevée chez celles ayant un DES (17 %) ou un diplôme d'études collégiales (18 %).

Il ressort que la consommation de drogues est moins répandue chez les Québécois en couple sans enfant (10 %). Cette proportion est d'environ 18 % chez les couples avec enfants, alors qu'elle atteint 24 % chez les personnes vivant dans une famille monoparentale. Mentionnons également que les personnes vivant dans un ménage de type « autre »[3] présentent la proportion la plus élevée de consommateurs de drogues au cours des 12 derniers mois, soit environ 29 %. L'usage de cannabis varie aussi selon la composition du ménage. Les personnes vivant dans des ménages de type « autre » sont, en proportion, plus nombreuses à avoir consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois (27 %) que tous les autres types de ménage (tableau 7.3).

En ce qui concerne l'occupation principale, on observe que les étudiants affichent, et de loin, la prévalence la plus élevée de consommateurs de drogues au cours des 12 derniers mois, soit plus de 35 % ; la proportion est de 17 % chez les travailleurs, de 17 % chez les personnes sans emploi et de 2,9 % chez les retraités. La prévalence de la consommation de cannabis est également plus importante chez les étudiants (34 %) que chez les personnes des autres catégories.

Statut de fumeur de cigarette

La consommation de drogues est plus répandue chez les fumeurs de cigarette (tableau 7.3). Environ 33 % des fumeurs réguliers et 43 % des fumeurs occasionnels ont consommé de la drogue au cours des 12 derniers mois, comparativement à environ 13 % chez les anciens fumeurs et à près de 11 % chez les non-fumeurs.

Ce constat vaut également pour l'usage particulier du cannabis (fumeurs réguliers : 30 % ; fumeurs occasionnels : 40 % ; anciens fumeurs : 12 % ; non-fumeurs : 10 %) (tableau 7.3).

Enfin, selon les données, l'usage « à vie » de drogues par injection, bien que peu fréquent, est proportionnellement plus répandu chez les hommes que chez les femmes (1,1 % c. 0,5 %) (tableau 7.4).

3. Autre type de ménage : cela inclut principalement des ménages composés de personnes apparentées par des liens autres que conjugaux ou filiaux ou de personnes non apparentées (colocataires).

Tableau 7.3
Consommation de drogues au cours des 12 derniers mois selon certaines caractéristiques sociodémographiques et le statut de fumeur, population de 15 ans et plus, Québec, 2014-2015

	Toutes drogues confondues	Cannabis avec ou sans autres drogues
	%	
Niveau de scolarité		
Niveau inférieur au DES	14,5[a,b]	12,8[a,b]
Diplôme d'études secondaires (DES)	19,0[a,c]	17,4[a,c]
Diplôme ou certificat d'études collégiales[1]	20,1[b,d]	18,4[b,d]
Diplôme d'études universitaires	13,1[c,d]	12,0[c,d]
Mesure de faible revenu		
Ménages à faible revenu	16,9	15,3
Autres ménages	16,6	15,2
Composition du ménage		
Personne vivant seule	15,3[a]	13,4[a]
Couple sans enfant	10,2[a]	8,9[a]
Couple avec enfants	17,6[a]	16,4[a]
Famille monoparentale	23,9[a]	21,9[a]
Autre	29,1[a]	27,0[a]
Occupation principale		
Travailleurs	17,4[a]	15,8[a]
Étudiants	35,3[a,b]	33,9[a,b]
Personnes sans emploi	17,4[b]	15,2[b]
Retraités	2,9[a,b]	2,0[a,b]
Statut de fumeur de cigarette		
Fumeurs réguliers	33,5[a]	30,4[a]
Fumeurs occasionnels	42,8[a]	40,1[a]
Ancien fumeurs	13,1[a]	11,9[a]
Non fumeurs	10,6[a]	9,6[a]

a, b, c, d : Pour une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions d'une même colonne au seuil de 0,01.

1. Cette catégorie inclut aussi le diplôme ou le certificat d'études d'une école de métiers ou de formation professionnelle.

Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

Tableau 7.4
Consommation à vie de drogues par injection selon le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 2014-2015

	%
Total	**0,8**
Sexe	
Hommes	1,1[a]
Femmes	0,5[a]

a : Le même exposant exprime une différence significative entre les proportions au seuil de 0,01.

Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

ÉVOLUTION DEPUIS 2008

Il est à noter que l'EQSP 2014-2015 comprend seulement des questions sur les drogues consommées au cours des 12 derniers mois. Par conséquent, il n'est pas possible de connaître la proportion des « anciens consommateurs » en 2014-2015 comme cela avait été fait pour l'EQSP 2008.

L'indicateur de consommation de drogues au cours des 12 derniers mois et celui sur la consommation de cannabis ne sont pas jugés affectés par le mode de collecte. Les comparaisons avec l'EQSP 2008 peuvent donc être faites en utilisant l'échantillon complet de l'édition 2014-2015 (voir chapitre 1, section 1.5.3).

Une proportion de 17 % de la population québécoise de 15 ans et plus a consommé de la drogue au cours des 12 derniers mois ; il s'agit d'une augmentation par rapport à 2008 (13 %). Ce constat s'observe chez les hommes, chez les femmes et dans chacun des groupes d'âge (tableau 7.5).

Quant à la prévalence de la consommation de cannabis, elle a augmenté depuis 2008, passant de 12 % à 15 % pour l'ensemble de la population. L'augmentation est notable dans chacun des sous-groupes de la population (tableau 7.6).

Les autres drogues mesurées montrent une stabilité depuis la dernière enquête, à quelques exceptions près. En effet, la proportion de la population ayant consommé des amphétamines a connu une baisse (de 1,8 % à 1,3 %) entre 2008 et 2014-2015. Cette diminution est significative seulement chez les hommes et chez les jeunes de 15 à 24 ans. Pour sa part, la consommation de médicaments non prescrits a connu une légère augmentation[4]. (données non illustrées)

Quant à l'usage de drogues par injection à vie, il est demeuré stable[5] (données non illustrées).

Tableau 7.5
Consommation de drogues[1] selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2008 et 2014-2015

	2008	2014-2015
	%	
Total	**13,1**	**16,7(+)**
Sexe		
Hommes	17,2	20,6(+)
Femmes	9,0	12,8(+)
Âge		
15-24 ans	34,5	39,8(+)
25-44 ans	16,2	22,9(+)
45-64 ans	5,5	9,5(+)
65 ans et plus	0,7*	1,9(+)

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.
(+) : Augmentation significative depuis 2008 au seuil de 0,01.
1. Consommation d'un ou de plusieurs types de drogues au cours des 12 derniers mois.
Sources : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2008 et 2014-2015.

Tableau 7.6
Consommation de cannabis[1] selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2008 et 2014-2015

	2008	2014-2015
	%	
Total	**12,2**	**15,2(+)**
Sexe		
Hommes	16,2	19,0(+)
Femmes	8,3	11,5(+)
Âge		
15-24 ans	33,3	38,4(+)
25-44 ans	15,2	21,0(+)
45-64 ans	5,0	8,0(+)
65 ans et plus	0,5*	1,1(+)

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.
(+) : Augmentation significative depuis 2008 au seuil de 0,01.
1. Avec ou sans autres drogues, au cours des 12 derniers mois.
Sources : Institut de la statistique du Québec, Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008 et 2014-2015.

4. De 0,4 %* en 2008 à 0,8 % en 2014-2015. Rappelons que l'estimation officielle de l'édition 2014-2015 est de 1,1 % (basée sur l'ensemble de l'échantillon), mais que la statistique comparable avec celle de 2008, basée sur l'échantillon du volet téléphonique seulement, est de 0,8 %.
5. L'indicateur d'usage de drogues par injection à vie est affecté par le mode de collecte. Les tests effectués en utilisant l'estimation du volet téléphonique seulement (0,6 %) ne détectent aucune variation significative par rapport à l'édition de 2008 (0,5 %).

À RETENIR

Le cannabis est la drogue la plus consommée dans la population québécoise de 15 ans et plus, particulièrement chez les hommes, chez les jeunes de 15 à 24 ans, chez les personnes ayant un diplôme du secondaire ou un diplôme d'études collégiales et chez les personnes qui fument de façon régulière ou occasionnelle.

L'usage du cannabis a augmenté depuis la dernière enquête, et ce, dans chacun des groupes d'âge et autant chez les hommes que chez les femmes.

Les autres drogues mesurées dans l'enquête présentent des proportions inférieures à 2 % à l'échelle de la population québécoise.

RÉFÉRENCES

HALL, W. (2015). "What has research over the past two decades revealed about the adverse health effects of recreational cannabis use?", *Addiction*, vol. 110, nº 1, p. 19-35.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE (INSPQ) (2013). *Décès attribuables aux intoxications par opioïdes au Québec. 2000 À 2009*, Québec, Gouvernement du Québec, 45 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2006). *Unis dans l'action. Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011*, Québec, Gouvernement du Québec, 80 p.

Chapitre 8

COMPORTEMENTS SEXUELS, INFECTIONS TRANSMISES SEXUELLEMENT ET USAGE DE LA CONTRACEPTION

La sexualité fait partie intégrante de la vie pour une vaste majorité de la population et la santé sexuelle se définit comme un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social dans ce domaine (OMS, 2015). Cette dernière constitue donc une importante thématique de toute étude visant à rendre compte de l'état de santé de la population.

Selon les données de l'Institut national de santé publique du Québec, on observe une augmentation constante des infections transmises sexuellement (ITS) au Québec, en particulier de *l'infection à Chlamydia trachomatis* (chlamydiose) et de l'infection gonococcique (gonorrhée) chez les jeunes Québécois de 15 à 24 ans, alors que le nombre de cas de syphilis infectieuse semble se stabiliser (INSPQ, 2015). Par ailleurs, bien qu'il faille rester prudent dans l'interprétation des données sur l'infection par le VIH, une légère diminution du nombre annuel de nouveaux cas au Québec est constatée.

Une ITS non traitée peut entraîner des complications comme l'infertilité, une grossesse ectopique ou des douleurs pelviennes chroniques. La chlamydiose, la gonorrhée et la syphilis se traitent facilement par l'administration d'antibiotiques. Le problème est que dans la majorité des cas, les ITS sont asymptomatiques ou s'accompagnent de symptômes bénins qui ne sont pas reconnus comme étant les symptômes d'une ITS. Par ailleurs, en matière de prévention des ITS, le condom demeure le meilleur moyen de protection, mais son efficacité n'est pas absolue (CDC, 2013). En plus des habitudes vis-à-vis de l'usage du condom, certains comportements sexuels peuvent être associés à davantage de risques de contracter des ITS comme le nombre de partenaires et le sexe de ces derniers. C'est pourquoi l'EQSP documente ces indicateurs en plus de se pencher sur divers moyens de contraception.

Dans ce chapitre, les comportements sexuels sont d'abord présentés afin de dresser un bref portrait de la population qui est active sexuellement au Québec en 2014-2015. La fréquence d'utilisation du condom est ensuite exposée au regard de ces comportements. Sont également abordés le diagnostic et le dépistage des ITS parmi la population active sexuellement, alors que les moyens de contraception utilisés par la population québécoise viennent clore le chapitre.

8.1 Comportements sexuels

QUE MESURE-T-ON?

La première question, qui sert de filtre, demande aux répondants s'ils ont déjà eu des relations sexuelles (orales, anales ou vaginales) au cours de leur vie (ITS_1). Si la réponse est affirmative, trois autres questions leur sont posées, à savoir : s'ils ont eu des relations sexuelles au cours des 12 derniers mois (ITS_2) ; quel a été le sexe du (des) partenaire(s) au cours des 12 derniers mois (ITS_3) ; et, avec combien de partenaires différents ils ont eu des relations sexuelles au cours des 12 derniers mois (ITS_4).

Trois indicateurs ont été construits à partir de ces questions :

- Population de 15 ans et plus ayant eu des relations sexuelles au cours des 12 derniers mois, que l'on nomme « population active sexuellement » ;
- Sexe du (des) partenaire(s) sexuel(s) au cours des 12 derniers mois ;
- Nombre de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois.

QUE DISENT LES RÉSULTATS?

On observe au tableau 8.1 que 75 % de la population québécoise de 15 ans et plus a eu des relations sexuelles au cours des 12 derniers mois en 2014-2015, les hommes (79 %) en plus grande proportion que les femmes (71 %). Les personnes âgées de 25 à 44 ans sont proportionnellement plus nombreuses (93 %) que tous les autres groupes d'âge à avoir eu des relations sexuelles dans la dernière année.

Sexe des partenaires

La vaste majorité des hommes de 15 ans et plus ont eu des relations sexuelles uniquement avec des femmes au cours des 12 derniers mois, soit 97 %, alors que 2,7 % ont eu des relations sexuelles uniquement avec des personnes du même sexe et 0,7 %, avec des personnes des deux sexes. Chez les femmes, les pourcentages sont respectivement de 98 %, 1,2 % et 1,1 % (tableau 8.2).

ÉVOLUTION DEPUIS 2008

L'indicateur du sexe des partenaires n'est pas jugé affecté par le mode de collecte. Les comparaisons avec l'EQSP 2008 peuvent donc être faites en utilisant l'échantillon complet de l'édition 2014-2015 (voir chapitre 1, section 1.5.3).

La répartition des hommes selon le sexe des partenaires n'a pas connu de changement significatif depuis l'EQSP 2008. Environ 98 % avaient des partenaires féminins, 2,1 %, des partenaires masculins et 0,4 %*, des partenaires des deux sexes (données non illustrées).

Nombre de partenaires sexuels

L'EQSP révèle que la majorité de la population de 15 ans et plus active sexuellement a eu un seul partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois (87 %), les femmes en plus grande proportion que les hommes (89 % c. 85 %). Environ 12 % des hommes ont eu deux à quatre partenaires sexuels au cours de la dernière année comparativement à 9 % des femmes. Les jeunes de 15 à 24 ans sont plus nombreux, en proportion, que leurs aînés à avoir eu deux à quatre partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois (28 %) ou cinq partenaires ou plus (7 %) (tableau 8.3).

Tableau 8.1
Personnes actives sexuellement au cours des 12 derniers mois selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2014-2015

	%
Total	**74,9**
Sexe	
Hommes	79,1[a]
Femmes	70,9[a]
Âge	
15-24 ans	66,5[a]
25-44 ans	92,9[a]
45-64 ans	79,4[a]
65 ans et plus	42,7[a]

a : Pour une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions au seuil de 0,01.

Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

Tableau 8.2
Sexe des partenaires[1] selon le sexe, population de 15 ans et plus active sexuellement au cours des 12 derniers mois, Québec, 2014-2015

	Hommes	Femmes	Hommes et femmes
		%	
Sexe			
Hommes	2,7	96,7	0,7
Femmes	97,7	1,2	1,1

1. Au cours des 12 derniers mois.

Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

Tableau 8.3
Nombre de partenaires sexuels[1] selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus active sexuellement au cours des 12 derniers mois, Québec, 2014-2015

	Un partenaire	Deux à quatre partenaires	Cinq partenaires ou plus
	%		
Total	**86,9**	**10,5**	**2,6**
Sexe			
Hommes	84,7[a]	11,8[a]	3,5 [a]
Femmes	89,2[a]	9,0[a]	1,8 [a]
Âge			
15-24 ans	64,9[a,b]	28,0[a,b]	7,1 [a,b]
25-44 ans	85,4[a,b]	11,3[a,b]	3,3 [a,b]
45-64 ans	93,9[a]	5,1[a]	1,0 [a]
65 ans et plus	95,3[b]	4,2[b]	0,6**[b]

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise, fournie à titre indicatif seulement.
a, b : Pour une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions d'une même colonne au seuil de 0,01.
1. Au cours des 12 derniers mois.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

ÉVOLUTION DEPUIS 2008

L'indicateur du nombre de partenaires n'est pas jugé affecté par le mode de collecte. Les comparaisons avec l'EQSP 2008 peuvent donc être faites en utilisant l'échantillon complet de l'édition 2014-2015 (voir chapitre 1, section 1.5.3).

Les résultats indiquent une diminution de la proportion de la population n'ayant eu qu'un partenaire sexuel dans les 12 derniers mois (89 % en 2008 c. 87 % en 2014-2015). Ainsi, la proportion de la population active sexuellement ayant eu de deux à quatre partenaires ou cinq ou plus a augmenté depuis 2008 (tableau 8.4). Ces augmentations ne sont significatives que chez les femmes et chez les personnes de 25 à 44 ans.

8.2 Utilisation du condom

QUE MESURE-T-ON ?

La fréquence d'utilisation du condom au cours des 12 derniers mois (pour prévenir la transmission des ITS ou comme moyen de contraception) est l'indicateur présenté ici. Celui-ci est obtenu à partir de la question qui demande si les personnes sexuellement actives ont utilisé ce moyen lors de leurs relations sexuelles avec pénétration vaginale ou anale (ITS_5). Les choix de réponse ont été regroupés ainsi : « à toutes les relations sexuelles » équivaut à la catégorie *toujours*, « la majorité », « la moitié » et « moins de la moitié » appartiennent à la catégorie *à l'occasion* et « aucune d'entre elles » équivaut à la catégorie *jamais*.

QUE DISENT LES RÉSULTATS ?

Sexe et âge

L'enquête montre qu'un peu plus d'un Québécois actif sexuellement sur 10 a utilisé un condom lors de toutes ses relations sexuelles au cours des 12 derniers mois, alors que 2 sur 10 ont utilisé ce moyen à l'occasion et près de 7 sur 10 ne l'ont jamais utilisé. Les hommes sont plus nombreux à l'utiliser de manière constante, alors que les femmes sont plus nombreuses à ne jamais l'utiliser (tableau 8.5).

La fréquence d'utilisation du condom est également associée à l'âge. En effet, l'usage du condom à toutes les relations sexuelles est plus répandu parmi les jeunes de 15-24 ans (26 %) et diminue à mesure que l'âge augmente. C'est aussi le cas pour son utilisation occasionnelle qui concerne près de la moitié (46 %) des jeunes de 15-24 ans. Il n'en demeure pas moins que 28 % des jeunes actifs sexuellement n'utilisent jamais le condom (tableau 8.5).

Tableau 8.4
Nombre de partenaires sexuels[1] selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus active sexuellement au cours des 12 derniers mois, Québec, 2008 et 2014-2015

	Un partenaire		Deux à quatre partenaires		Cinq partenaires ou plus	
	2008	2014-2015	2008	2014-2015	2008	2014-2015
	%					
Total	88,9	86,9 (–)	9,2	10,5 (+)	2,0	2,6 (+)
Sexe						
Hommes	86,4	84,6	10,7	11,9	2,9	3,5
Femmes	91,6	89,1 (–)	7,4	9,1 (+)	0,9*	1,8 (+)
Âge						
15-24 ans	67,3	64,9	27,0	28,1	5,7	7,1
25-44 ans	89,0	85,3 (–)	8,8	11,4 (+)	2,2	3,3 (+)
45-64 ans	95,0	93,8	4,3	5,2	0,8*	1,0
65 ans et plus	95,6	95,1	4,0*	4,3	0,4**	0,6**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.
** Coefficient de variation supérieur à 25 % ; estimation imprécise, fournie à titre indicatif seulement.
(+) (–) : Augmentation ou diminution significative depuis 2008 au seuil de 0,01 pour un nombre donné.
1. Au cours des 12 derniers mois.
Sources : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2008 et 2014-2015.

Tableau 8.5
Fréquence d'utilisation du condom selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus active sexuellement au cours des 12 derniers mois, Québec, 2014-2015

	Toujours	À l'occasion	Jamais
	%		
Total	11,1	20,1	68,7
Sexe			
Hommes	12,5[a]	20,4	67,1[a]
Femmes	9,6[a]	19,8	70,6[a]
Âge			
15-24 ans	25,7[a]	46,3[a]	28,0[a]
25-44 ans	12,5[a]	26,2[a]	61,3[a]
45-64 ans	6,4[a]	8,3[a]	85,3[a]
65 ans et plus	3,3[a]	3,3[a]	93,5[a]

a : Pour une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions d'une même colonne au seuil de 0,01.
Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

Sexe des partenaires et nombre de partenaires

Les hommes ayant eu des relations uniquement avec des femmes sont moins nombreux, en proportion, à utiliser en tout temps le condom (12 %) que les hommes ayant eu des relations uniquement avec des hommes (34 %) ou avec des personnes des deux sexes (41 %*) (tableau 8.6).

Les femmes ayant eu des relations exclusivement avec des hommes au cours des 12 derniers mois sont proportionnellement moins nombreuses à utiliser toujours un condom que les femmes ayant eu des relations sexuelles avec des hommes et des femmes[1] (9 % c. 22 %*) (tableau 8.6).

Le nombre de partenaires sexuels étant un facteur de risque pour les ITS, il est pertinent d'analyser la fréquence d'utilisation du condom selon cet aspect. Le port systématique du condom est plus répandu chez les personnes ayant eu plus d'un partenaire sexuel (26 % pour deux à quatre partenaires et 21 % pour cinq partenaires ou plus) que chez celles en ayant eu un seul (9 %). De plus, les personnes ayant eu des relations sexuelles avec pénétration avec cinq partenaires ou plus dans les 12 derniers mois ont utilisé le condom à l'occasion dans une plus grande proportion que les personnes ayant eu de deux à quatre partenaires ou un seul partenaire (73 % c. 55 % c. 14 %) (tableau 8.6).

Tableau 8.6
Fréquence d'utilisation du condom selon le sexe des partenaires et le nombre de partenaires, population de 15 ans et plus active sexuellement au cours des 12 derniers mois, Québec, 2014-2015

	Toujours	À l'occasion	Jamais
	%		
Hommes			
Hommes	33,7 [a]	30,7 [a]	35,5 [a]
Femmes	11,8 [a,b]	20,0 [a,b]	68,2 [a]
Hommes et femmes	41,0* [b]	42,9* [b]	16,1** [a]
Femmes			
Hommes	9,5 [a]	19,4 [a]	71,2 [a]
Femmes	...	...	...
Hommes et femmes[1]	22,2* [a]	58,4 [a]	19,4* [a]
Nombre de partenaires			
Un partenaire	9,0 [a,b]	14,0 [a]	77,0 [a]
Deux à quatre partenaires	25,9 [a]	55,2 [a]	18,9 [a]
Cinq partenaires ou plus	21,1 [b]	73,1 [a]	5,8* [a]

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 % ; estimation imprécise, fournie à titre indicatif seulement.

... N'ayant pas lieu de figurer.

a, b : Pour une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions d'une même colonne au seuil de 0,01.

1. Même si on parle de partenaires des deux sexes pour les femmes, la question sur le port du condom s'applique seulement aux relations avec des hommes et aux relations avec pénétration vaginale ou anale.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

1. Même si on parle de partenaires des deux sexes pour les femmes, la question sur le port du condom s'applique seulement aux relations avec des hommes et aux relations avec pénétration vaginale ou anale.

ÉVOLUTION DEPUIS 2008

L'indicateur n'est pas jugé affecté par le changement de mode de collecte entre les deux éditions. Les comparaisons avec l'EQSP 2008 peuvent donc être faites en utilisant l'échantillon complet de l'édition 2014-2015 (voir chapitre 1, section 1.5.3).

L'utilisation occasionnelle du condom a augmenté depuis 2008, passant de moins de 15 % à plus de 20 %. D'autre part, la proportion de la population utilisant un condom à toutes les relations et la proportion n'ayant jamais recours à ce moyen ont diminué (tableau 8.7).

Cette évolution se reflète chez les hommes et les femmes et dans certains groupes d'âge. En effet, l'augmentation de l'utilisation du condom à l'occasion est présente chez les hommes, chez les femmes et dans tous les groupes d'âge, à l'exception des 65 ans et plus. Quant à la diminution de l'utilisation systématique, elle est observée chez les deux sexes et dans les groupes d'âge de 15-24 ans et de 25-44 ans. Enfin, la proportion n'ayant jamais utilisé un condom lors des relations sexuelles dans les 12 derniers mois a baissé chez les hommes (70 % c. 67 % en 2014-2015) et chez les 25-44 ans et les 45-64 ans (tableau 8.7).

8.3 Infections transmises sexuellement

QUE MESURE-T-ON ?

Dans l'EQSP 2014-2015, trois questions ont été posées sur les infections transmises sexuellement (ITS). La première demande au répondant de 15 ans et plus ayant eu des relations sexuelles au cours de sa vie si un médecin ou une infirmière lui a déjà dit qu'il avait une infection comme la chlamydia, la gonorrhée, la syphilis, l'herpès génital ou des condylomes (ITS_8). Si la réponse est affirmative, la question suivante est alors posée : « Était-ce dans les 12 derniers mois ? » (ITS_9). Enfin, les répondants ayant eu des relations sexuelles au cours des 12 derniers mois se sont vu poser une question sur le dépistage : « Dans les 12 derniers mois, est-ce que vous avez passé un test de dépistage pour une infection qui s'attrape lors de relations sexuelles (comme la chlamydia, la gonorrhée, la syphilis, l'herpès génital ou des condylomes) ? » (ITS_10).

Tableau 8.7
Fréquence d'utilisation du condom selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus active sexuellement au cours des 12 derniers mois, Québec, 2008 et 2014-2015

	Toujours		À l'occasion		Jamais	
	2008	2014-2015	2008	2014-2015	2008	2014-2015
	%					
Total	14,1	11,1(–)	14,8	20,1(+)	71,1	68,7(–)
Sexe						
Hommes	14,8	12,5(–)	14,9	20,4(+)	70,3	67,1(–)
Femmes	13,2	9,6(–)	14,7	19,8(+)	72,1	70,6
Âge						
15-24 ans	41,0	25,7(–)	34,3	46,3(+)	24,7	28,0
25-44 ans	14,5	12,5(–)	19,9	26,2(+)	65,6	61,3(–)
45-64 ans	6,4	6,4	5,0	8,3(+)	88,6	85,3(–)
65 ans et plus	2,5*	3,3	2,5*	3,3	95,0	93,5

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.
(+) (–) : Augmentation ou diminution significative depuis 2008 au seuil de 0,01 pour une fréquence donnée.
Sources : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2008 et 2014-2015.

Les trois indicateurs suivants ont été créés à partir de ces questions :

- Diagnostic d'infection transmise sexuellement au cours de la vie ;
- Diagnostic d'infection transmise sexuellement au cours des 12 derniers mois ;
- Test de dépistage au cours des 12 derniers mois d'une infection transmise sexuellement.

QUE DISENT LES RÉSULTATS ?

Diagnostic d'infection transmise sexuellement au cours de la vie

Environ 10 % des Québécois ayant eu des relations sexuelles ont déjà eu un diagnostic d'ITS. Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à avoir reçu un tel diagnostic au cours de leur vie (12 % c. 8 %) (données non illustrées).

Diagnostic d'infection transmise sexuellement au cours des 12 derniers mois

Sexe et âge

En ce qui concerne le diagnostic au cours des 12 derniers mois, seulement 1,1 % de la population active sexuellement au cours des 12 derniers mois en a reçu un. La proportion est plus élevée chez les jeunes de 15-24 ans (2,9 %) que dans les autres groupes d'âge (tableau 8.8).

Test de dépistage au cours des 12 derniers mois d'une infection transmise sexuellement

Sexe et âge

Le test de dépistage des ITS, sans égard au diagnostic, touche environ un homme sur 10 (11 %) et plus de 2 femmes sur 10 (22 %) ont passé un tel test dans les 12 derniers mois. La proportion est plus élevée chez les 15-24 ans que chez les 25-44 ans (34 % c. 23 %) et diminue avec l'avancée en âge (tableau 8.9).

Tableau 8.8
Diagnostic d'infection transmise sexuellement (ITS)[1] selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus active sexuellement au cours des 12 derniers mois, Québec, 2014-2015

	%
Total	**1,1**
Sexe	
Hommes	1,0
Femmes	1,2
Âge	
15-24 ans	2,9 a,b
25-44 ans	1,3 a,b
45-64 ans	0,4* a
65 ans et plus	0,3** b

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 % ; estimation imprécise, fournie à titre indicatif seulement.

a, b : Pour une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions au seuil de 0,01.

1. Au cours des 12 derniers mois.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

Sexe des partenaires et nombre de partenaires

Le sexe des partenaires est également associé au fait d'avoir passé un test de dépistage. En effet, les hommes ayant eu des relations sexuelles avec des femmes uniquement sont proportionnellement moins nombreux que les autres hommes à avoir passé ce test (10 %). En outre, les femmes qui ont eu des relations sexuelles avec des personnes des deux sexes ont passé ce test en plus grande proportion (60 %) que les autres femmes. Enfin, en ce qui a trait au nombre de partenaires, les Québécois ayant eu cinq partenaires sexuels ou plus dans la dernière année sont en proportion les plus nombreux à avoir passé un test de dépistage (59 %), suivis par ceux qui en ont eu de deux à quatre (38 %) (tableau 8.9).

Tableau 8.9
Test de dépistage d'une ITS[1] selon le sexe, l'âge, le sexe des partenaires et le nombre de partenaires, population de 15 ans et plus active sexuellement au cours des 12 derniers mois, Québec 2014-2015

	%
Total	16,1
Sexe	
Hommes	10,9 [a]
Femmes	21,8 [a]
Âge	
15-24 ans	34,4 [a]
25-44 ans	22,7 [a]
45-64 ans	6,4 [a]
65 ans et plus	2,7 [a]
Sexe des partenaires	
Hommes	
Hommes	50,4 [a]
Femmes	9,6 [a,b]
Hommes et femmes	32,0 *[b]
Femmes	
Hommes	21,4 [a]
Femmes	20,7 *[b]
Hommes et femmes	60,1 [a,b]
Nombre de partenaires	
Un partenaire	12,1 [a]
Deux à quatre partenaires	38,4 [a]
Cinq partenaires ou plus	59,1 [a]

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.

a, b : Pour une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions au seuil de 0,01.

1. Au cours des 12 derniers mois.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

ÉVOLUTION DEPUIS 2008

L'indicateur du diagnostic d'ITS à vie est affecté par le mode de collecte. Les comparaisons avec l'EQSP 2008 doivent donc être faites en utilisant les estimations du volet téléphonique seulement de l'édition 2014-2015 (voir chapitre 1, section 1.5.3).

La proportion de Québécois ayant eu des relations sexuelles qui ont déjà eu un diagnostic d'ITS a connu une légère augmentation par rapport à l'édition de 2008[2] (8 %) (donnée non illustrée). Cette augmentation n'est pas significative lorsqu'on s'attarde au sous-groupe des hommes ou à celui des femmes.

L'EQSP mesure pour la première fois, en 2014-2015, les indicateurs du diagnostic et du dépistage d'une ITS au cours des 12 derniers mois ; par conséquent, aucune comparaison ne peut être faite avec l'EQSP 2008.

8.4 Usage de la contraception

QUE MESURE-T-ON ?

Une question porte sur le(s) moyen(s) de contraception utilisé(s) habituellement par la personne et son (ses) partenaire(s) au cours des 12 derniers mois. Elle s'applique aux femmes en âge de procréer, soit de 15 à 49 ans, ayant eu des relations sexuelles avec un (des) homme(s) au cours des 12 derniers mois et à tous les hommes de 15 ans et plus actifs sexuellement avec des femmes : (ITS_7) Au cours des 12 derniers mois, quel(s) moyen(s) de contraception vous et votre (vos) partenaire(s) avez utilisé habituellement ? Six moyens sont énoncés dans la question, en plus des catégories « autre méthode » et « aucune méthode », soit le condom (condom masculin ou féminin), la pilule contraceptive, la vasectomie, la ligature des trompes, le stérilet et le coït interrompu. Le répondant pouvait indiquer plusieurs moyens ou répondre qu'il n'avait utilisé aucun moyen.

2. Lorsqu'on examine les statistiques comparables (8 % en 2008 et 9 % dans le volet téléphonique seulement de 2014-2015).

Deux indicateurs ont été construits à partir de cette question :

- Utilisation habituelle d'au moins un moyen contraceptif au cours des 12 derniers mois chez les femmes de 15 à 49 ans actives sexuellement ainsi que chez les hommes de 15 ans et plus actifs sexuellement ;
- Types de moyens contraceptifs utilisés habituellement au cours des 12 derniers mois chez les femmes de 15 à 49 ans actives sexuellement ainsi que chez les hommes de 15 ans et plus actifs sexuellement.

  (ITS_7_1) Condom

  (ITS_7_2) Pilule contraceptive

  (ITS_7_3) Vasectomie

  (ITS_7_4) Ligature des trompes

  (ITS_7_5) Stérilet

  (ITS_7_6) Coït interrompu

  (ITS_7_7) Autre

QUE DISENT LES RÉSULTATS ?

Utilisation habituelle de moyens contraceptifs

Sexe et âge

Chez les hommes de 15 ans et plus actifs sexuellement, plus de 7 sur 10 (71 %) ont utilisé un moyen de contraception de façon habituelle au cours des 12 derniers mois. Les hommes de 15 à 24 ans sont en proportion plus nombreux à l'avoir fait (95 %) que ceux des autres groupes d'âge (tableau 8.10).

La vaste majorité des femmes de 15 à 49 ans utilisent au moins un moyen de contraception. En effet, environ 85 % des femmes de cet âge actives sexuellement ont utilisé habituellement un moyen de contraception dans les 12 derniers mois. La proportion est plus élevée chez les femmes de 15 à 24 ans (94 %) que chez celles des autres groupes d'âge (tableau 8.11).

La comparaison entre les sexes n'est pas souhaitable puisque les deux groupes de population établis diffèrent.

Scolarité et revenu

Selon l'EQSP 2014-2015, l'utilisation de la contraception par les hommes (ou leurs partenaires) est moins répandue chez ceux dont le niveau de scolarité est inférieur au DES (62 %) et chez ceux dont le ménage est à faible revenu (66 %) (tableau 8.10).

Par ailleurs, l'utilisation d'un moyen de contraception par les femmes (ou leurs partenaires) n'est pas significativement associée au niveau de scolarité ni au revenu du ménage (tableau 8.11).

Tableau 8.10
Utilisation habituelle d'un moyen contraceptif[1] selon l'âge, la scolarité et le revenu, population masculine de 15 ans et plus active sexuellement au cours des 12 derniers mois, Québec, 2014-2015

	%
Total	**71,3**
Âge	
15-24 ans	95,0[a]
25-44 ans	83,6[a]
45-64 ans	65,2[a]
65 ans et plus	27,6[a]
Niveau de scolarité	
Niveau inférieur au DES	62,1[a,b]
Diplôme d'études secondaires (DES)	70,7[a]
Diplôme ou certificat d'études collégiales[2]	77,2[a,b]
Diplôme d'études universitaires	70,8[b]
Mesure de faible revenu	
Ménages à faible revenu	66,4[a]
Autres ménages	72,2[a]

a, b : Pour une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions au seuil de 0,01.

1. Au moins un moyen de contraception au cours des 12 derniers mois.
2. Cette catégorie inclut aussi le diplôme ou le certificat d'études d'une école de métiers ou de formation professionnelle.

Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

Tableau 8.11
Utilisation habituelle d'un moyen contraceptif[1] selon l'âge, la scolarité et le revenu, population féminine de 15 à 49 ans active sexuellement au cours des 12 derniers mois, Québec, 2014-2015

	%
Total	85,1
Âge	
15-24 ans	93,9[a]
25-44 ans	83,9[a]
45-49 ans	76,7[a]
Niveau de scolarité	
Niveau inférieur au DES	84,4
Diplôme d'études secondaires (DES)	85,9
Diplôme ou certificat d'études collégiales[2]	85,7
Diplôme d'études universitaires	84,5
Mesure de faible revenu	
Ménages à faible revenu	84,9
Autres ménages	85,1

a : Pour une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions au seuil de 0,01.

1. Au moins un moyen de contraception au cours des 12 derniers mois.
2. Cette catégorie inclut aussi le diplôme ou le certificat d'études d'une école de métiers ou de formation professionnelle.

Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

Types de moyens contraceptifs

Des sept moyens documentés dans l'enquête de 2014-2015, le condom, la pilule contraceptive et la vasectomie sont les plus utilisés par les Québécois. Notons que plusieurs méthodes peuvent être utilisées de façon habituelle au cours de la période de référence (tableaux 8.12 et 8.13).

ÉVOLUTION DEPUIS 2008

En 2014-2015, il n'y a pas de question filtre[3] demandant si la personne a utilisé un moyen contraceptif, quel qu'il soit, comme c'était le cas en 2008. Chaque moyen de contraception fait l'objet d'une question spécifique, alors qu'en 2008, la question était ouverte. Pour ces raisons, les résultats de 2014-2015 ne peuvent être comparés avec ceux de la précédente édition.

Tableau 8.12
Types de moyens contraceptifs utilisés habituellement[1], population masculine de 15 ans et plus active sexuellement au cours des 12 derniers mois, Québec, 2014-2015

	%
Condom	26,3
Pilule contraceptive	22,0
Vasectomie	18,8
Ligature des trompes	7,1
Stérilet	7,0
Coït interrompu	3,1
Autre méthode	3,5

1. Plus d'un type a pu être utilisé au cours des 12 derniers mois.

Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

Tableau 8.13
Types de moyens contraceptifs utilisés habituellement[1], population féminine de 15 à 49 ans active sexuellement au cours des 12 derniers mois, Québec, 2014-2015

	%
Condom	31,5
Pilule contraceptive	32,8
Vasectomie	14,7
Ligature des trompes	5,3
Stérilet	11,9
Coït interrompu	5,0
Autre méthode	6,3

1. Plus d'un type a pu être utilisé au cours des 12 derniers mois.

Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

3. Dans le questionnaire de 2008, après avoir répondu « oui » à une question sur l'utilisation habituelle d'un moyen de contraception, la personne pouvait énumérer dans une question ouverte le(s) moyen(s) utilisé(s) habituellement par elle-même et son (ses) partenaire(s). Toutefois, certaines personnes auraient pu répondre « non » en croyant que, par exemple, la vasectomie ou le coït interrompu ne sont pas des moyens de contraception. Par conséquent, les prévalences de 2008 pourraient être sous-estimées.

À RETENIR

Un peu plus du quart des jeunes de 15 à 24 ans font usage du condom lors de toutes leurs relations sexuelles. En revanche, une proportion du même ordre ne l'utilise jamais.

Depuis l'EQSP 2008, la proportion de la population active sexuellement utilisant toujours un condom a diminué.

En 2014-2015, plus d'un jeune de 15 à 24 ans sur trois a passé un test de dépistage d'ITS dans la dernière année. C'est également dans cette tranche d'âge que l'on retrouve la plus grande proportion de personnes ayant reçu un diagnostic d'ITS pour la même période.

La proportion de Québécois ayant passé un test de dépistage d'ITS dans la dernière année augmente avec le nombre de partenaires sexuels déclaré durant cette période.

Tant chez les femmes que chez les hommes, la quasi-totalité des jeunes de 15-24 ans ont utilisé habituellement un moyen de contraception au cours de la dernière année ; cette proportion diminue à mesure que l'âge augmente.

RÉFÉRENCES

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC) (2013). *Condom Fact Sheet in Brief*, [En ligne]. [www.cdc.gov/condomeffectiveness/brief.html] (Consulté le 20 juin 2016).

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ) (2015). *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec. Année 2014 (et projections 2015). Rapport*, Québec, Gouvernement du Québec, Direction des risques biologiques et de la santé au travail, 135 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (2015). *Santé sexuelle et génésique. Définition*, [En ligne]. [www.euro.who.int/fr/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2011/06/sexual-health-throughout-life/definition] (Consulté le 20 juin 2016).

Chapitre 9

CONTRACEPTION HORMONALE COMBINÉE CHEZ LES FUMEUSES

La contraception hormonale combinée (CHC) fait référence aux moyens de contraception qui contiennent des œstrogènes ainsi qu'un progestatif. La pilule contraceptive est le moyen le plus utilisé en matière de CHC. L'une des contre-indications de ce type de contraception est le tabagisme. Il est ainsi recommandé aux médecins, dans une directive clinique nationale, de ne pas prescrire une CHC aux fumeuses de plus de 35 ans (Black et autres, 2009). Une bonne pratique clinique consiste donc à ne pas prescrire ces contraceptifs aux fumeuses ou à inciter les utilisatrices de la CHC à cesser de fumer. En fait, chez les femmes de plus de 35 ans, la combinaison du tabagisme et de l'utilisation de la contraception hormonale combinée est associée à des risques plus élevés de certains types de maladies artérielles (Farley et autres, 1998).

QUE MESURE-T-ON?

Deux questions permettent d'obtenir l'information pour construire l'indicateur portant sur le recours à une CHC parmi les fumeuses. L'une porte sur la cigarette : (CIG_3) Actuellement, fumez-vous des cigarettes tous les jours, à l'occasion ou jamais? L'autre question s'adresse aux femmes de 15 à 49 ans ayant eu des relations sexuelles avec des hommes au cours des 12 derniers mois : (ITS_7_2) Au cours des 12 derniers mois, quel(s) moyen(s) de contraception vous et votre (vos) partenaire(s) avez utilisé habituellement? (pilule contraceptive[1]).

L'analyse qui suit présente, dans un premier temps, la proportion de Québécoises de 15 à 49 ans actives sexuellement qui font à la fois usage de la cigarette (tous les jours ou à l'occasion) et d'une contraception hormonale combinée selon l'âge.

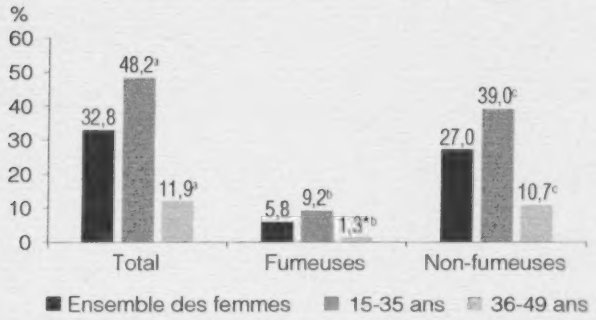
Dans un deuxième temps, l'indicateur sur le recours à une CHC selon le fait de fumer ou non permet de déterminer la proportion de femmes courant des risques accrus pour leur santé liés à l'usage d'une CHC dans l'ensemble des femmes concernées, et particulièrement chez les fumeuses plus âgées (de 36 à 49 ans).

QUE DISENT LES RÉSULTATS?

En 2014-2015, environ 21 % des femmes de 15 à 49 ans actives sexuellement fument la cigarette (donnée non illustrée). Un tiers des femmes de 15 à 49 ans actives sexuellement utilisent la pilule contraceptive (33 %), soit la contraception hormonale combinée qui a été retenue dans la présente édition de l'EQSP (figure 9.1). Le recours à une CHC est plus répandu parmi les femmes de 15 à 35 ans que chez celles de 36 à 49 ans (48 % c. 12 %), que ces femmes soient fumeuses ou non. La figure 9.1 présente également le recours à une CHC selon le statut de fumeur. Ainsi, l'usage combiné de la cigarette et d'une CHC touche environ 6 % de la population féminine de 15 à 49 ans active sexuellement. Cette proportion est plus faible chez les femmes de plus de 35 ans (celles-ci sont visées par la recommandation d'éviter cette combinaison) que chez celles de 15 à 35 ans (1,3 %* c. 9 %) (figure 9.1).

1. La pilule contraceptive est utilisée par environ 33 % des femmes de 15 à 49 ans selon les données de l'EQSP 2014-2015. L'utilisation de l'anneau vaginal et du timbre contraceptif, qui sont aussi des formes de CHC, était estimée à moins de 1 % chez les femmes en 2008 ; ces méthodes n'ont donc pas été mesurées en 2014-2015.

Figure 9.1
Utilisatrices de la contraception hormonale combinée[1] selon l'âge et le statut de fumeur[2], population féminine de 15 à 49 ans active sexuellement, Québec, 2014-2015



* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.

a, b, c : Le même exposant exprime une différence significative entre les groupes d'âge au seuil de 0,01.

1. Pilule contraceptive utilisée habituellement comme moyen de contraception au cours des 12 derniers mois.
2. Fumeuses régulières et occasionnelles.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

Scolarité et revenu

Les données de l'EQSP 2014-2015 révèlent une association significative entre l'utilisation de la CHC par les fumeuses et le niveau de scolarité. Chez les fumeuses, les diplômées universitaires se distinguent des femmes moins scolarisées par une proportion moindre d'utilisatrices de CHC (3,0 %). On ne note cependant pas de lien significatif entre la mesure de faible revenu et l'usage combiné de la cigarette et de la CHC (tableau 9.1).

La figure 9.2 présente la proportion d'utilisatrices d'une CHC selon le statut de fumeur et l'âge. L'utilisation de la CHC chez les fumeuses est plus répandue chez les femmes de 15 à 35 ans (42 % c. 6 %*). De plus, il existe une association entre l'usage de la CHC et le statut de fumeur, aussi bien chez les femmes de 15 à 35 ans que chez celles de 36 à 49 ans. Dans les deux groupes d'âge, les fumeuses présentent une proportion inférieure d'utilisatrices de ce type de contraceptif. Notons que les fumeuses de 36 à 49 ans se font moins souvent prescrire une CHC (6 %* comparativement à 13 % chez les non-fumeuses du même âge).

Tableau 9.1
Femmes fumant la cigarette[1] et utilisant une contraception hormonale combinée[2] selon certaines caractéristiques sociodémographiques, population féminine de 15 à 49 ans active sexuellement, Québec, 2014-2015

	%
Total	**5,8**
Niveau de scolarité	
Niveau inférieur au DES	12,1[a]
Diplôme d'études secondaires (DES)	7,7[b]
Diplôme ou certificat d'études collégiales[3]	6,2[a]
Diplôme d'études universitaires	3,0[a,b]
Mesure de faible revenu	
Ménages à faible revenu	7,3
Autres ménages	5,4

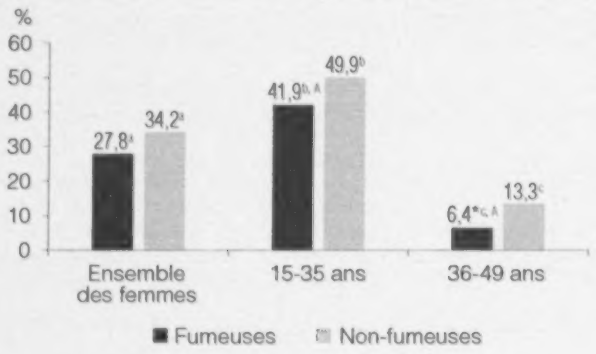
a, b : Pour une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions au seuil de 0,01.

1. Fumeuses régulières et occasionnelles.
2. Pilule contraceptive utilisée habituellement comme moyen de contraception au cours des 12 derniers mois.
3. Cette catégorie inclut aussi le diplôme ou le certificat d'études d'une école de métiers ou de formation professionnelle.

Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

Figure 9.2
Utilisatrices de la contraception hormonale combinée[1] selon le statut de fumeur[2] et l'âge, population féminine de 15 à 49 ans active sexuellement, Québec, 2014-2015



* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.

a, b, c : Le même exposant exprime une différence significative entre les fumeuses et les non-fumeuses au seuil de 0,01.

A : Le même exposant exprime une différence significative entre les groupes d'âge au seuil de 0,01.

1. Pilule contraceptive utilisée habituellement comme moyen de contraception au cours des 12 derniers mois.
2. Fumeuses régulières et occasionnelles.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

ÉVOLUTION DEPUIS 2008

L'indicateur n'est pas jugé affecté par le changement de mode de collecte entre les deux éditions. Des comparaisons avec l'EQSP 2008 peuvent donc être faites en utilisant l'échantillon complet de l'édition 2014-2015 (voir chapitre 1, section 1.5.3)[2].

Selon les estimations de l'EQSP, la proportion des femmes actives sexuellement faisant à la fois usage de la contraception hormonale combinée et de la cigarette est du même ordre de grandeur en 2014-2015 (6 %) et en 2008 (7 %). Ce pourcentage avoisine les 1 % chez les femmes de 36 à 49 ans dans les deux éditions. On note néanmoins une diminution chez les femmes de 15 à 35 ans ; la proportion de celles qui fument tout en utilisant une CHC passe de 12 % en 2008 à 9 % en 2014-2015. (données non illustrées)

L'évolution de l'utilisation de la CHC chez les fumeuses n'est pas significative entre les deux éditions (27 % en 2008 et 28 % en 2014-2015).

À RETENIR

En 2014-2015, environ 6 % des Québécoises de 15 à 49 ans actives sexuellement font à la fois usage de la cigarette et d'une contraception hormonale combinée.

Les femmes de 15 à 49 ans qui utilisent une contraception hormonale combinée sont moins nombreuses, en proportion, parmi les fumeuses que parmi les non-fumeuses, et ce, peu importe le sous-groupe d'âge.

Une très faible proportion de femmes de plus de 35 ans ne respecte pas les recommandations d'éviter de combiner l'usage de la cigarette et l'utilisation d'une CHC (1,3 %*).

RÉFÉRENCES

BLACK, A., et autres (2009). "Contraceptive Use Among Canadian Women of Reproductive Age: Results of a National Survey", *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, vol. 31, nº 7, p. 627-640.

FARLEY, T. M., et autres (1998). "Combined oral contraceptives, smoking, and cardiovascular risk", *Journal of Epidemiology Community Health*, vol. 52, nº 12, p. 775-785.

2. L'usage de la pilule contraceptive en 2014-2015 peut être comparé avec les estimations obtenues en 2008. Par conséquent, l'évolution de la CHC chez les fumeuses entre les deux éditions de l'EQSP peut être analysée. Dans le questionnaire de 2014-2015 contrairement à celui de 2008, il n'y a pas de question filtre demandant si la personne a utilisé un moyen contraceptif, quel qu'il soit. Chaque moyen de contraception est questionné séparément alors que c'était une question ouverte en 2008. Bien que la prévalence de certains moyens de contraception ait pu être sous-estimée en 2008 à cause de cette question filtre, l'usage de la pilule contraceptive n'est pas considéré comme sous-estimé.

Chapitre 10

EXAMENS MÉDICAUX PRÉVENTIFS

Des comportements de santé ont été mesurés dans l'EQSP afin d'en savoir davantage sur la prévention ou le dépistage de certaines maladies chez les Québécois[1]. Dans ce chapitre, on s'intéresse à deux types d'examens préventifs, soit la prise de tension artérielle et le test de Pap.

La prise de tension artérielle constitue une pratique clinique préventive. Les lignes directrices canadiennes recommandent aux médecins de mesurer la tension artérielle des patients adultes lors de toute consultation appropriée[2] (*Programme éducatif canadien pour l'hypertension*, dans Hypertension Canada, 2015). L'hypertension artérielle est un facteur de risque important pour les crises cardiaques, l'insuffisance cardiaque, les accidents vasculaires cérébraux (AVC) et les maladies rénales (Hypertension Canada, 2015 ; Statistique Canada, 2014).

Par ailleurs, il n'existe pas de recommandations précises quant à la fréquence des vérifications de la tension artérielle, mais la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC (2014) suggère d'effectuer une prise de tension artérielle au moins une fois par année. Selon Statistique Canada (2014), près d'un adulte canadien sur cinq a reçu un diagnostic d'hypertension artérielle.

En ce qui a trait au test de Pap (ou Papanicolaou), il est utilisé pour détecter des changements dans les cellules du col de l'utérus qui peuvent mener au cancer. Il est recommandé aux femmes de subir un test de Pap ou une cytologie vaginale de façon régulière à partir de l'âge de 25 ans. Plus spécifiquement, les femmes de 25 à 69 ans qui sont asymptomatiques et qui sont sexuellement actives devraient subir un test de Pap tous les trois ans. Si une femme est âgée de 70 ans et plus et qu'elle a déjà subi trois tests négatifs, au cours d'une période de 10 ans, le dépistage systématique peut être arrêté (Le Réseau canadien pour la santé des femmes, 2013). Cette ligne directrice a reçu l'appui du Collège des médecins de famille du Canada (GECSSP, 2013).

Les résultats qui suivent rendent compte de la proportion de la population qui rapporte avoir fait vérifier sa tension artérielle auprès d'un médecin. Cet indicateur est analysé selon le sexe et l'âge. Puis, est présentée la proportion de la population féminine qui rapporte avoir subi un test de dépistage grâce au test de Pap. Cette proportion est analysée selon certaines caractéristiques sociodémographiques.

1. À noter que le dépistage des infections transmissibles sexuellement (ITS) a aussi été documenté dans l'EQSP ; les résultats sont présentés dans le chapitre sur la sexualité (8.3).
2. Les consultations « appropriées » peuvent comprendre la visite de nouveaux patients, les examens médicaux périodiques, les visites d'urgence en cabinet pour des problèmes neurologiques ou cardiovasculaires, les visites pour le renouvellement des prescriptions et toute autre visite au cours de laquelle le professionnel de première ligne a jugé qu'un contrôle de la pression artérielle était approprié. Il n'est pas nécessaire de mesurer la pression artérielle de chaque patient à chaque visite en cabinet si la situation clinique ne l'exige pas (GECSSP, 2012).

10.1 Prise de tension artérielle lors de la dernière consultation médicale

QUE MESURE-T-ON ?

Une question filtre portant sur le moment de la dernière consultation médicale permet de poser la question sur la prise de tension artérielle uniquement aux personnes qui auraient consulté un médecin au cours des cinq dernières années :

(TAR_1) À quand remonte votre dernière consultation auprès d'un médecin généraliste (omnipraticien, médecin de famille), peu importe le motif de la consultation ? Les choix de réponse sont les suivants : moins de six mois, de six mois à moins d'un an, d'un an à moins de deux ans, de deux ans à moins de cinq ans, cinq ans ou plus.

La question suivante n'est posée qu'aux personnes ayant consulté un médecin généraliste au cours des cinq dernières années :

(TAR_2) Lors de cette dernière consultation, a-t-on pris votre tension artérielle (pression) ? Oui, non

La présente analyse porte sur les personnes de 18 ans et plus qui ont vu leur médecin il y a moins d'un an. Les catégories de réponse « moins de six mois » et « de six mois à moins d'un an » ont été regroupées afin de déterminer la proportion de personnes à qui on a pris la tension artérielle dans la dernière année.

QUE DISENT LES RÉSULTATS ?

La grande majorité des Québécois de 18 ans et plus (85 %) a fait prendre sa tension artérielle au cours de la dernière consultation médicale il y a moins d'un an[3] (tableau 10.1).

Sexe et âge

Chez les personnes qui ont visité leur médecin dans la dernière année, on observe une proportion légèrement supérieure d'hommes que de femmes à avoir fait prendre leur tension artérielle (86 % c. 85 %).

La prise de tension lors de la dernière consultation est liée à l'âge du patient. Selon les données de l'EQSP 2014-2015, la tension artérielle mesurée par un médecin touche davantage les plus âgés (92 % chez les 65 ans et plus) que les plus jeunes (71 % chez les 18-24 ans) (tableau 10.1).

Tableau 10.1
Prise de la tension artérielle lors de la dernière consultation médicale selon le sexe et l'âge, population de 18 ans et plus ayant consulté un médecin généraliste dans les 12 derniers mois, Québec, 2014-2015

	%
Total	**85,3**
Sexe	
Hommes	86,2[a]
Femmes	84,6[a]
Âge	
18-24 ans	71,3[a]
25-44 ans	80,8[a]
45-64 ans	88,3[a]
65 ans et plus	91,9[a]

a : Pour une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions au seuil de 0,01.

Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

ÉVOLUTION DEPUIS 2008

L'indicateur n'est pas jugé affecté par le changement de mode de collecte entre les deux éditions. Les comparaisons avec l'EQSP 2008 peuvent donc être faites en utilisant l'échantillon complet de l'édition 2014-2015 (voir chapitre 1, section 1.5.3).

Les consultations dans la dernière année ont donné lieu à une prise de tension artérielle pour 85 % de la population en 2014-2015, ce qui représente une augmentation significative par rapport à l'enquête de 2008 (83 %) (tableau 10.2). Au regard du sexe, seuls les hommes affichent une hausse. En ce qui concerne l'âge, c'est dans le groupe des 25-44 ans que l'on peut constater une augmentation de la prise de tension artérielle (76 % c. 81 % en 2014-2015). En revanche, la proportion a diminué dans le groupe des 65 ans et plus (de 94 % à 92 %).

3. À titre indicatif, cette proportion est aussi de 85 % chez les Québécois qui ont vu leur médecin il y a moins de cinq ans.

Tableau 10.2
Prise de la tension artérielle lors de la dernière consultation médicale selon le sexe et l'âge, population de 18 ans et plus ayant consulté un médecin généraliste dans les 12 derniers mois, Québec, 2008 et 2014-2015

	2008	2014-2015
	%	
Total	**83,5**	**85,3(+)**
Sexe		
Hommes	82,6	86,2(+)
Femmes	84,2	84,6
Âge		
18-24 ans	67,9	71,3
25-44 ans	76,0	80,8(+)
45-64 ans	88,0	88,3
65 ans et plus	94,3	91,9(–)

(+)(–): Augmentation ou diminution significative depuis 2008 au seuil de 0,01.
Note: Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.
Sources: Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2008 et 2014-2015.

10.2 Passation du test de Pap chez les femmes de 18 à 69 ans

QUE MESURE-T-ON?

Deux questions ont été posées aux femmes de 18 à 69 ans:

(PAP_1) Avez-vous déjà passé un Pap test (un prélèvement vaginal)?

(PAP_2) À quand remonte la dernière fois? Moins de six mois, de six mois à moins d'un an, d'un an à moins de trois ans, de trois ans à moins de cinq ans, cinq ans ou plus.

En se basant sur les recommandations canadiennes, les trois premières catégories de réponse à la question sur le temps écoulé depuis le dernier test de Pap ont été regroupées afin d'établir la proportion de femmes ayant passé le test depuis moins de trois ans.

L'indicateur porte sur les femmes de 18 à 69 ans. En fait, bien que la recommandation actuelle s'applique aux femmes de 25 ans et plus, une ancienne recommandation en lien avec la lutte contre le cancer suggérait la mise en place d'un programme de dépistage auprès des femmes de 18 à 69 ans (Comité consultatif sur le cancer, 1998).

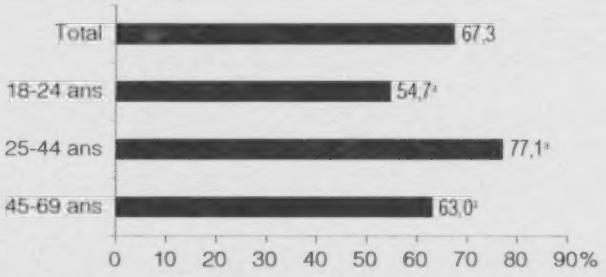
QUE DISENT LES RÉSULTATS?

Selon l'EQSP 2014-2015, près de 7 femmes sur 10 (67 %) de 18 à 69 ans ont passé un test de Pap au cours des trois dernières années (figure 10.1).

Âge

La proportion de la population féminine ayant passé un test de dépistage du cancer du col de l'utérus au cours des trois dernières années est plus élevée chez les femmes de 25 à 44 ans (77 %) que chez les femmes de 18 à 24 ans (55 %) ou de 45 à 69 ans (63 %) (figure 10.1).

Figure 10.1
Passation du test de Pap au cours des trois dernières années selon l'âge, population féminine de 18 à 69 ans, Québec, 2014-2015



a: Le même exposant exprime une différence significative entre les groupes d'âge au seuil de 0,01.
Note: Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.
Source: Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

Scolarité, revenu, composition du ménage et occupation

Les femmes ayant obtenu un diplôme universitaire ont passé un test de Pap en plus grande proportion au cours des trois dernières années (76 %) que les femmes présentant un niveau de scolarité inférieur (tableau 10.3).

Le fait de vivre dans un ménage qui n'est pas à faible revenu est associé à une plus grande proportion de femmes ayant fait le test de Pap selon les recommandations (70 % c. 58 %).

Enfin, les résultats de l'enquête montrent que les femmes vivant dans un ménage constitué d'un couple avec des enfants[4] comparativement aux autres types de ménages de même que les travailleuses par rapport aux autres occupations affichent les plus fortes proportions de passation du test de Pap.

ÉVOLUTION DEPUIS 2008

L'indicateur est affecté par le mode de collecte. Les comparaisons avec l'EQSP 2008 doivent donc être faites en utilisant les estimations du volet téléphonique seulement de l'édition 2014-2015 (voir chapitre 1, section 1.5.3).

La proportion de la population féminine ayant passé un test de Pap depuis moins de trois ans a diminué d'environ 4 % depuis l'EQSP 2008 (73 %) (figure 10.2). La diminution constatée n'est pas significative chez les 18-24 ans, mais l'est chez les 25-69 ans.

Tableau 10.3
Passation du test de Pap au cours des trois dernières années selon certaines caractéristiques sociodémographiques, population féminine de 18 à 69 ans, Québec, 2014-2015

	%
Niveau de scolarité	
Niveau inférieur au DES	53,3[a]
Diplôme d'études secondaires (DES)	59,9[a]
Diplôme ou certificat d'études collégiales[1]	69,8[a]
Diplôme d'études universitaires	75,6[a]
Mesure de faible revenu	
Ménages à faible revenu	58,2[a]
Autres ménages	70,1[a]
Composition du ménage	
Personne vivant seule	61,4[a]
Couple sans enfant	66,5[a,c]
Couple avec enfants	72,4[a,b]
Famille monoparentale	66,5[b]
Autre	59,6[b,c]
Occupation principale	
Travailleuses	73,5[a,b]
Étudiantes	53,7[a]
Personnes sans emploi	60,6[a,b]
Retraitées	53,2[b]

a, b, c : Pour une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions au seuil de 0,01.

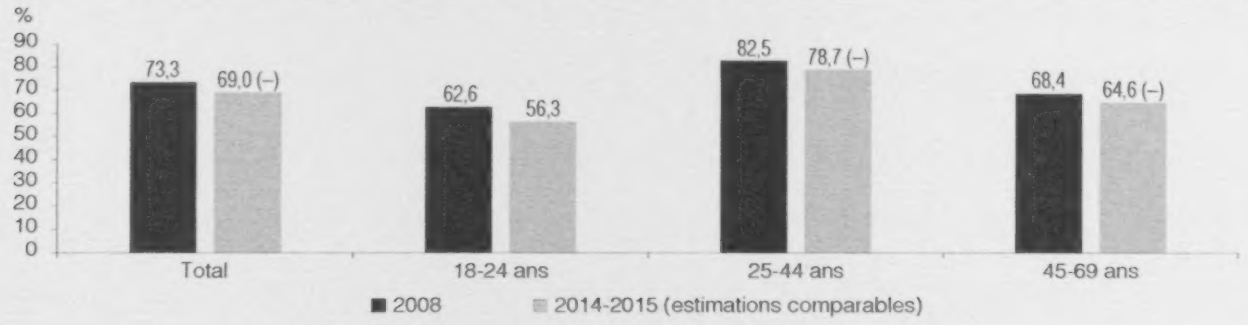
1. Cette catégorie inclut aussi le diplôme ou le certificat d'études d'une école de métiers ou de formation professionnelle.

Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

4. Il peut s'agir des filles de 18 ans et plus du couple.

Figure 10.2
Passation du test de Pap au cours des trois dernières années selon l'âge (estimations comparables)[1], population féminine de 18 à 69 ans, Québec, 2008 et 2014-2015



(–) : Diminution significative depuis 2008 au seuil de 0,01.

1. Les valeurs présentées dans cette figure ne représentent pas les estimations officielles de l'édition 2014-2015 de l'EQSP. Il s'agit plutôt d'estimations comparables, basées sur l'échantillon du volet téléphonique seulement, utilisées pour analyser l'évolution du phénomène depuis 2008.

Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2008 et 2014-2015.

À RETENIR

Il existe une association positive entre l'âge et la prise de tension artérielle lors de la dernière consultation médicale. En effet, plus les Québécois sont âgés, plus ils ont bénéficié de ce test au moment de la dernière consultation avec un médecin au cours des 12 derniers mois. C'est le cas de plus de 9 Québécois sur 10 de 65 ans et plus.

Plus des trois quarts des femmes de 25-44 ans visées par le dépistage du cancer du col utérin ont passé le test de Pap au cours des trois dernières années. Les femmes de 45 à 69 ans l'ont fait en moindre proportion. Un tel dépistage est moins répandu chez les femmes moins scolarisées de même que chez celles vivant dans un ménage à faible revenu.

La proportion de femmes de 18 à 69 ans ayant passé un test de Pap a diminué depuis 2008.

RÉFÉRENCES

COMITÉ CONSULTATIF SUR LE CANCER (1998). *Programme québécois de lutte contre le cancer. Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe*, Québec, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 195 p.

FONDATION DES MALADIES DU CŒUR ET DE L'AVC (2014). *Maîtriser votre pression artérielle*, [En ligne]. [www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMIqE/b.3562327/k.4AC8/AVC__Hypertension_art233rielle.htm] (Consulté le 27 juin 2016).

GROUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR LES SOINS DE SANTÉ PRÉVENTIFS (GECSSP) (2013). *Dépistage du cancer du col de l'utérus. Résumé des recommandations pour les cliniciens et les responsables politiques*, [En ligne]. [canadiantaskforce.ca/ctfphc-guidelines/2013-cervical-cancer/] (Consulté le 4 février 2016).

GROUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR LES SOINS DE SANTÉ PRÉVENTIFS (GECSSP) (2012). *Dépistage de l'hypertension artérielle. Résumé des recommandations pour les cliniciens et les responsables politiques*, [En ligne]. [canadiantaskforce.ca/ctfphc-guidelines/2012-hypertension/] (Consulté le 4 février 2016).

HYPERTENSION CANADA (2015). *Les recommandations 2015 du programme éducatif canadien sur l'hypertension (PECH)*, [En ligne]. [www.hypertension.ca/images/CHEP_2015/CHEP2015_Full_FR.pdf] (Consulté le 1er février 2016).

LE RÉSEAU CANADIEN POUR LA SANTÉ DES FEMMES (2013). *Le test de Pap*, [En ligne]. [www.cwhn.ca/fr/node/44807] (Consulté le 27 juin 2016).

STATISTIQUE CANADA (2014). *Hypertension artérielle, 2013*, [En ligne]. [www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2014001/article/14020-fra.htm] (Consulté le 27 juin 2016).

PARTIE 2

ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE ET MENTALE

Chapitre 11

BLESSURES

La présente édition de l'EQSP nous permet de mettre à jour les données sur les proportions de personnes ayant subi des blessures dues à des mouvements répétitifs, d'une part, et des blessures non intentionnelles, d'autre part. La définition retenue dans l'enquête se rapporte aux blessures assez graves pour limiter les activités normales des individus. Ces blessures occasionnent des limitations d'activités plus ou moins grandes, mais les conséquences peuvent être très graves. Partout dans le monde, les blessures non intentionnelles figurent parmi les causes principales de mortalité et de morbidité. De plus, les blessures non intentionnelles sont une des trois causes principales de mortalité au Québec chez les personnes de moins de 45 ans (Gagné, 2015). Chez les personnes âgées de 65 ans et plus, les chutes représentent une problématique de santé car elles peuvent être la cause de blessures, d'une perte d'autonomie, voire d'un décès (ICIS, 2011). Les chutes sont préoccupantes dans une population vieillissante car elles sont plus fréquentes avec l'âge : environ le tiers des personnes de 65 ans et plus vivant à domicile chutent au cours d'une année (Fournier et autres, 2012). L'enquête est l'occasion de mettre à jour les estimations portant sur la population victime de blessures dues à des chutes.

11.1 Blessures attribuables à des mouvements répétitifs

QUE MESURE-T-ON ?

L'indicateur des blessures attribuables à des mouvements répétitifs est construit à partir de la question permettant de savoir si la personne s'est blessée de cette façon assez gravement pour limiter ses activités normales au cours des 12 derniers mois (BLE_1).

Quatre types d'activités ont été établis comme pouvant être la cause de blessures dites répétitives. L'EQSP 2014-2015 permet de décrire non pas les circonstances de la blessure la plus grave, comme dans l'édition de 2008, mais l'ensemble des blessures. Ainsi, les résultats portent sur les personnes ayant subi des blessures répétitives dues, au moins en partie, à une de ces activités :

(BLE_2_1) Sports et exercices physiques (y compris les activités scolaires)
(BLE_2_2) Travail rémunéré
(BLE_2_3) Tâches ménagères, travaux d'entretien extérieurs, rénovations de la maison ou autre travail non rémunéré
(BLE_2_4) Déplacements pour se rendre au travail ou rentrer chez soi

QUE DISENT LES RÉSULTATS ?

Les résultats de l'EQSP 2014-2015 indiquent qu'environ 12 % des Québécois se sont blessés à cause de mouvements répétitifs au cours des 12 derniers mois (tableau 11.1).

Sexe et âge

Les hommes et les femmes sont victimes de blessures attribuables à des mouvements répétitifs dans des proportions similaires. En ce qui concerne l'âge, la population la plus touchée est celle des 45 à 64 ans (15 %) et ce sont les personnes de 65 ans et plus qui présentent la plus faible proportion (7 %) (tableau 11.1).

Scolarité, revenu, composition du ménage et occupation

La proportion des personnes victimes de blessures attribuables à des mouvements répétitifs est moindre chez les Québécois dont le niveau de scolarité est inférieur au DES (10 %) que chez ceux des niveaux plus élevés. Les personnes vivant dans un ménage à faible revenu sont aussi moins touchées par ces blessures (11 % c. 13 %). La proportion est plus élevée chez les membres d'une famille monoparentale, bien qu'elle ne soit pas différente de celle des couples avec enfants. Enfin, la proportion de retraités ayant subi des blessures dues à des mouvements répétitifs est moins élevée (8 %) que celle notée pour les autres occupations (tableau 11.2).

Types d'activités pratiquées lors des blessures dues à des mouvements répétitifs

Au Québec, en 2014-2015, environ 44 % des personnes ayant subi des blessures attribuables à des mouvements répétitifs rapportent que celles-ci ont eu lieu lors de la pratique d'un sport ou d'exercices physiques (tableau 11.3). Les hommes sont plus nombreux à mentionner ce type d'activités que les femmes (50 % c. 39 %).

Tableau 11.1
Victimes d'une blessure[1] attribuable à des mouvements répétitifs au cours des 12 derniers mois selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2014-2015

	%
Total	**12,2**
Sexe	
Hommes	12,5
Femmes	11,9
Âge	
15-24 ans	10,8[a]
25-44 ans	13,0[a]
45-64 ans	15,0[a]
65 ans et plus	6,9[a]

a : Pour une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions au seuil de 0,01.

1. Blessure assez grave pour limiter les activités normales de la personne.

Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

Tableau 11.2
Victimes d'une blessure[1] attribuable à des mouvements répétitifs au cours des 12 derniers mois selon certaines caractéristiques sociodémographiques, population de 15 ans et plus, Québec, 2014-2015

	%
Niveau de scolarité	
Niveau inférieur au DES	9,9[a,b,c]
Diplôme d'études secondaires (DES)	11,9[a]
Diplôme ou certificat d'études collégiales[2]	13,2[b]
Diplôme d'études universitaires	13,1[c]
Mesure de faible revenu	
Ménages à faible revenu	10,8[a]
Autres ménages	12,6[a]
Composition du ménage	
Personne vivant seule	11,3[a]
Couple sans enfant	11,4[b,c]
Couple avec enfants	12,9[b]
Famille monoparentale	14,6[a,c,d]
Autre	11,5[d]
Occupation principale	
Travailleurs	13,8[a]
Étudiants	11,1[a]
Personne sans emploi	12,1[b]
Retraités	8,2[a,b]

a, b, c, d : Pour une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions au seuil de 0,01.

1. Blessure assez grave pour limiter les activités normales de la personne.
2. Cette catégorie inclut aussi le diplôme ou le certificat d'études d'une école de métiers ou de formation professionnelle.

Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

Les blessures attribuables à des mouvements répétitifs dans le cadre d'un travail rémunéré touchent environ 41 % des Québécois s'étant blessés, autant les hommes que les femmes.

Les tâches ménagères, les travaux d'entretien extérieurs, les rénovations de la maison ou tout autre travail non rémunéré définis comme des tâches domestiques sont responsables, au moins en partie, de 31 % des cas de blessures causées par des mouvements répétitifs. Ces activités permettant d'expliquer de telles blessures sont davantage mentionnées par les femmes (33 % c. 28 %).

Enfin, une proportion similaire d'hommes et de femmes rapportent s'être blessés à cause de mouvements répétitifs lors de déplacements pour se rendre au travail ou rentrer chez soi (5 % et 6 %) (tableau 11.3).

La proportion de personnes ayant subi des blessures dues à des mouvements répétitifs lors de la pratique de sports ou d'exercices physiques diminue à mesure que l'âge augmente, et ce, jusqu'à 64 ans, les jeunes de 15 à 24 ans étant en proportion plus nombreux à s'être blessés dans ces circonstances (73 %). La relation avec l'âge est inversée pour les blessures ayant eu lieu lors des tâches domestiques. Ces dernières sont plus répandues dans la population plus âgée : près de la moitié des personnes de 65 ans et plus associent leurs blessures répétitives à ces activités.

Enfin, en ce qui a trait aux blessures répétitives lors d'un travail rémunéré, elles sont davantage le lot de la population âgée entre 25 et 64 ans (25-44 ans : 47 %; 45-64 ans : 48 %) (tableau 11.3).

Tableau 11.3
Activités pratiquées lors des blessures[1] attribuables à des mouvements répétitifs selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus victime de blessures attribuables à des mouvements répétitifs dans les 12 derniers mois, Québec, 2014-2015

	Sport ou exercices physiques	Travail rémunéré	Tâches domestiques	Déplacements pour se rendre au travail ou rentrer chez soi
	%			
Total	44,2	40,7	30,7	5,5
Sexe				
Hommes	49,7[a]	40,4	28,3[a]	5,4
Femmes	38,6[a]	41,0	33,3[a]	5,6
Âge				
15-24 ans	72,7[a,b]	26,8[a,b]	13,1[a]	6,8*
25-44 ans	47,3[a,b]	47,1[a]	24,2[a]	6,5
45-64 ans	35,9[a]	47,8[b]	36,3[a]	4,9
65 ans et plus	33,0[b]	10,2[a,b]	49,9[a]	2,3**
Hommes				
15-24 ans	75,7[a,b]	24,5[a,b]	12,3**[a]	8,8**
25-44 ans	55,0[a,b]	45,6[a,c]	22,1[b]	6,7*
45-64 ans	40,3[a]	46,4[b,d]	33,3[a,b]	4,1*
65 ans et plus	36,0[b]	14,8*[c,d]	50,7[a,b]	1,2**
Femmes				
15-24 ans	69,9[a,b,c]	29,0[a,b]	13,8*[a,b]	4,9**
25-44 ans	38,1[a]	49,0[a]	26,7[a,b]	6,4*
45-64 ans	31,5[b]	49,1[b]	39,4[a]	5,8
65 ans et plus	30,7[c]	6,7*[a,b]	49,4[b]	3,2**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 % ; estimation imprécise, fournie à titre indicatif seulement.

a, b, c, d : Pour une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions d'une même colonne au seuil de 0,01.

1. Blessure assez grave pour limiter les activités normales de la personne.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

ÉVOLUTION DEPUIS 2008

L'indicateur n'est pas jugé affecté par le changement de mode de collecte entre les deux éditions. Des comparaisons avec l'EQSP 2008 peuvent donc être faites en utilisant l'échantillon complet de l'édition 2014-2015 (voir chapitre 1, section 1.5.3).

Environ 12 % des Québécois se sont blessés à cause de mouvements répétitifs au cours des 12 derniers mois en 2014-2015, soit la même proportion qu'en 2008 (donnée non illustrée).

11.2 Blessures non intentionnelles

QUE MESURE-T-ON ?

L'indicateur des blessures non intentionnelles est construit à partir de la question permettant de savoir si la personne s'est blessée assez gravement pour limiter ses activités normales au cours des 12 derniers mois.

(BLE_4) Sans tenir compte des blessures attribuées aux mouvements répétitifs, au cours des 12 derniers mois, vous êtes-vous blessé assez gravement pour limiter vos activités normales ? Par exemple, une fracture, une coupure profonde, une brûlure grave ou une entorse ? « Oui », « non »

Quatre types d'activités ont été établis comme pouvant être la cause de blessures non intentionnelles. Ce sont les mêmes activités que pour les blessures causées par des mouvements répétitifs. L'EQSP 2014-2015 permet de décrire non pas les circonstances de la blessure la plus grave, comme dans l'édition de 2008, mais l'ensemble des blessures. Ainsi, les résultats portent sur les personnes ayant subi des blessures non intentionnelles lors d'au moins une de ces activités :

(BLE_5_1) Sports et exercices physiques (y compris les activités scolaires)
(BLE_5_2) Travail rémunéré
(BLE_5_3) Tâches ménagères, travaux d'entretien extérieurs, rénovations de la maison ou autre travail non rémunéré
(BLE_5_4) Déplacements pour se rendre au travail ou rentrer chez soi

QUE DISENT LES RÉSULTATS ?

En 2014-2015, environ 12 % des Québécois se sont blessés de manière non intentionnelle au cours des 12 derniers mois (tableau 11.4).

Sexe et âge

La population masculine a subi des blessures non intentionnelles dans une plus grande proportion que les femmes (13 % c. 11 %). On retrouve proportionnellement plus de victimes de blessures non intentionnelles parmi les jeunes de 15 à 24 ans (17 %) que dans tous les autres groupes d'âge, cette proportion diminuant graduellement à mesure que l'âge augmente (tableau 11.4). Lorsqu'on compare les deux sexes, de plus grandes proportions de blessés masculins que féminins sont observées chez les 15-24 ans (20 % c. 14 %) et les 25-44 ans (15 % c. 12 %) (figure 11.1). Par contre, dans la tranche d'âge des 45 à 64 ans, l'enquête ne décèle pas d'écart entre les sexes. Dans le groupe des 65 ans et plus, la tendance s'inverse : environ 10 % des femmes se sont blessées au cours des 12 derniers mois, alors que c'est le cas de 7 % des hommes.

Tableau 11.4
Victimes d'une blessure[1] non intentionnelle au cours des 12 derniers mois selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2014-2015

	%
Total	**12,4**
Sexe	
Hommes	13,4[a]
Femmes	11,4[a]
Âge	
15-24 ans	17,2[a]
25-44 ans	13,3[a]
45-64 ans	11,8[a]
65 ans et plus	8,4[a]

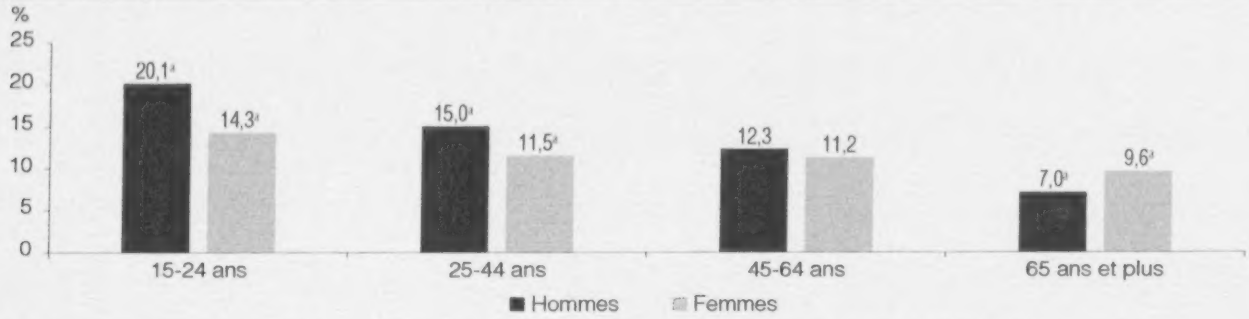
a : Pour une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions au seuil de 0,01.

1. Blessure assez grave pour limiter les activités normales de la personne.

Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

Figure 11.1
Victimes d'une blessure[1] non intentionnelle au cours des 12 derniers mois selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2014-2015



a : Pour un groupe d'âge donné, le même exposant exprime une différence significative entre les hommes et les femmes au seuil de 0,01.
1. Blessure assez grave pour limiter les activités normales de la personne.
Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

Scolarité, revenu, composition du ménage et occupation

Les données révèlent qu'environ 14 % des diplômés de niveau collégial se sont blessés au cours des 12 derniers mois, comparativement à 12 % des personnes qui n'ont pas de diplôme d'études secondaires et à 12 % de celles qui ont un diplôme universitaire. Les victimes de blessures non intentionnelles sont proportionnellement moins nombreuses parmi les ménages à faible revenu (11 %). Les ménages composés d'un couple sans enfant (10 %) comparativement à tous les autres types de ménages présentent une proportion moindre de personnes s'étant blessées de cette manière. Enfin, les résultats selon l'occupation montrent que les personnes retraitées se sont blessées en moins grande proportion (9 %) (tableau 11.5).

Tableau 11.5
Victimes d'une blessure[1] non intentionnelle au cours des 12 derniers mois selon certaines caractéristiques sociodémographiques, population de 15 ans et plus, Québec, 2014-2015

	%
Niveau de scolarité	
Niveau inférieur au DES	11,5[a]
Diplôme d'études secondaires (DES)	12,3
Diplôme ou certificat d'études collégiales[2]	13,6[a,b]
Diplôme d'études universitaires	11,8[b]
Mesure de faible revenu	
Ménages à faible revenu	10,6[a]
Autres ménages	13,0[a]
Composition du ménage	
Personne vivant seule	13,0[a]
Couple sans enfant	10,4[a,b,c,d]
Couple avec enfants	13,1[b]
Famille monoparentale	13,3[c]
Autre	14,0[d]
Occupation principale	
Travailleurs	12,5[a]
Étudiants	17,0[a,b]
Personne sans emploi	11,6[b]
Retraités	9,0[a,b]

a, b, c, d : Pour une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions au seuil de 0,01.
1. Blessure assez grave pour limiter les activités normales de la personne.
2. Cette catégorie inclut aussi le diplôme ou le certificat d'études d'une école de métiers ou de formation professionnelle.
Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

Types d'activités pratiquées lors des blessures non intentionnelles

Parmi la population victime de blessures non intentionnelles, près de 4 Québécois sur 10 rapportent s'être blessés en faisant du sport ou des exercices physiques. Toujours parmi cette population, davantage d'hommes que de femmes mentionnent s'être blessés lors de la pratique de ces activités (45 % c. 32 %) (tableau 11.6).

Les hommes déclarent plus souvent que les femmes que des blessures non intentionnelles sont survenues lors d'un travail rémunéré (24 % c. 14 %).

On remarque également au tableau 11.6 que près du quart des personnes qui se sont blessées, dans les 12 derniers mois, l'ont fait en effectuant des tâches ménagères ou des travaux d'entretien (tâches domestiques) ; cette proportion ne diffère pas selon le sexe.

Enfin, dans cette population de personnes ayant subi des blessures, près d'une sur 10 s'est blessée lors de déplacements ; c'est davantage le cas des femmes que des hommes (12 % c. 7 %).

Les activités les plus souvent en cause lors des blessures non intentionnelles chez les jeunes sont les mêmes que celles observées pour les blessures répétitives, soit les

Tableau 11.6
Activités pratiquées lors des blessures[1] non intentionnelles selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus victime de telles blessures au cours des 12 derniers mois, Québec, 2014-2015

	Sport ou exercices physiques	Travail rémunéré	Tâches domestiques	Déplacements pour se rendre au travail ou rentrer chez soi
	%			
Total	**39,2**	**19,3**	**24,3**	**9,4**
Sexe				
Hommes	45,3 [a]	23,5 [a]	23,5	7,0 [a]
Femmes	32,2 [a]	14,4 [a]	25,3	12,1 [a]
Âge				
15-24 ans	67,0 [a]	14,5 [a,b]	8,3 [a,b]	10,0
25-44 ans	42,9 [a]	24,4 [a]	21,0 [a,b]	10,6
45-64 ans	27,6 [a]	23,4 [b]	33,9 [a]	8,4
65 ans et plus	15,8 [a]	3,5* [a,b]	33,7 [b]	7,7*
Hommes				
15-24 ans	71,3 [a]	15,8 [a,b]	7,1* [a,b]	8,4*
25-44 ans	48,3 [a]	28,8 [a,c]	19,4 [a,b]	7,1
45-64 ans	31,3 [a]	27,5 [b,d]	33,5 [a]	6,3*
65 ans et plus	18,7* [a]	7,6** [c,d]	43,7 [b]	5,7**
Femmes				
15-24 ans	60,9 [a]	12,7* [a]	9,9* [a,b]	12,3*
25-44 ans	35,6 [a]	18,4 [b]	23,1 [a]	15,3
45-64 ans	23,6 [a]	18,8 [c]	34,3 [a]	10,7
65 ans et plus	14,0 [a]	1,1** [a,b,c]	27,8 [b]	8,9*

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 % ; estimation imprécise, fournie à titre indicatif seulement.

a, b, c, d : Pour une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions d'une même colonne au seuil de 0,01.

1. Blessure assez grave pour limiter les activités normales de la personne.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

blessures sportives. Celles-ci concernent nettement plus les jeunes de 15-24 ans (67 %) que les autres groupes d'âge. Le travail rémunéré est, pour sa part, davantage mentionné par la population plus active sur le marché du travail (les 25-44 ans et les 45-64 ans, respectivement 24 % et 23 %). Enfin, les tâches ménagères et les travaux d'entretien ou de rénovation sont plus souvent en cause dans les blessures non intentionnelles des personnes âgées de 45 ans et plus (34 %).

ÉVOLUTION DEPUIS 2008

L'indicateur n'est pas jugé affecté par le changement de mode de collecte entre les deux éditions. Des comparaisons avec l'EQSP 2008 peuvent donc être faites en utilisant l'échantillon complet de l'édition 2014-2015 (voir chapitre 1, section 1.5.3).

La proportion de la population québécoise de 15 ans et plus ayant subi une blessure non intentionnelle a légèrement augmenté depuis l'EQSP 2008, passant de 11 % à 12 % (figure 11.2). En fait, comme le montre la figure 11.2, l'augmentation est significative dans la population de 45 ans et plus. La proportion de femmes ayant subi une telle blessure a aussi augmenté depuis la dernière enquête, mais celle des hommes ne diffère pas significativement.

11.3 Blessures causées par une chute chez les personnes de 65 ans et plus

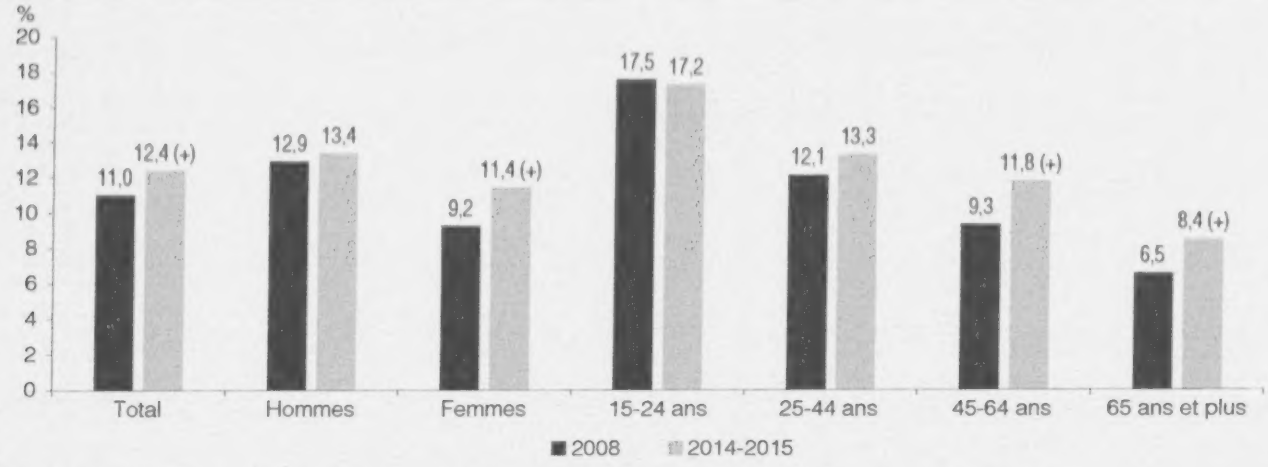
QUE MESURE-T-ON ?

Pour les personnes ayant répondu par l'affirmative à la question BLE_4 sur les blessures non intentionnelles, une autre question vient préciser la cause potentielle de la blessure non intentionnelle, soit une chute :

(BLE_10) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous subi une blessure causée par une chute qui était assez grave pour limiter vos activités normales ?

L'indicateur retenu est la proportion de la population âgée de 65 ans et plus pour qui la cause de la blessure non intentionnelle est une chute.

Figure 11.2
Victimes d'une blessure[1] non intentionnelle au cours des 12 derniers mois selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2008 et 2014-2015



(+) : Augmentation significative depuis 2008 au seuil de 0,01.
1. Blessure assez grave pour limiter les activités normales de la personne.
Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.
Sources : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2008 et 2014-2015.

Un second indicateur en lien avec les chutes provient de la question suivante :

(BLE_11) Si l'on considère la blessure par chute la plus grave ayant eu lieu dans les 12 derniers mois, où étiez-vous quand vous vous êtes blessé ?

- Dans votre résidence ou aux alentours (maison, appartement)
- Dans la résidence de quelqu'un d'autre ou aux alentours
- Dans un lieu de pratique d'un sport, un centre d'entraînement, en milieu scolaire ou ailleurs
- En plein air (forêt, montagne, etc.)
- Dans un endroit public (route, trottoir, zone commerciale, église, etc.)
- Dans une zone agricole, industrielle ou de construction

Avec cette question, on s'intéresse tout particulièrement aux chutes ayant eu lieu à domicile, soit dans la résidence de la personne ou aux alentours.

QUE DISENT LES RÉSULTATS ?

Les résultats de l'EQSP 2014-2015 montrent qu'environ 3,8 % des Québécois de 65 ans et plus ont été victimes d'une blessure non intentionnelle causée par une chute au cours des 12 derniers mois. Les femmes de cet âge sont davantage concernées que les hommes par les chutes occasionnant une blessure assez grave pour limiter les activités normales (4,7 % c. 2,6 %). Les personnes vivant seules sont aussi proportionnellement plus à risque que les personnes ne vivant pas seules (5 % c. 2,8 %) (tableau 11.7).

Chutes à domicile

En ce qui concerne le lieu de la blessure par chute la plus grave, l'analyse montre que le domicile de la personne est le lieu où la population âgée de 65 ans et plus s'est blessée le plus souvent dans les 12 derniers mois (61 %). Les chutes dans un endroit public arrivent au deuxième rang, le cinquième des personnes de cet âge s'étant blessées dans un tel lieu (tableau 11.8).

Tableau 11.7
Victimes d'une blessure[1] non intentionnelle causée par une chute au cours des 12 derniers mois selon le sexe, l'âge et le fait de vivre seul, population de 65 ans et plus, Québec, 2014-2015

	%
Total	**3,8**
Sexe	
Hommes	2,6 [a]
Femmes	4,7 [a]
Âge	
65-74 ans	3,2
75-84 ans	4,1
85 ans et plus	5,6*
Composition du ménage	
Personne vivant seule	5,5 [a]
Personne ne vivant pas seule	2,8 [a]

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.
a : Pour une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions au seuil de 0,01.
1. Blessure assez grave pour limiter les activités normales de la personne.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

Tableau 11.8
Endroit où la blessure[1] la plus grave a eu lieu, population de 65 ans et plus ayant fait une chute au cours des 12 derniers mois, Québec, 2014-2015

	%
Dans votre résidence ou aux alentours (maison, appartement)	61,0
Dans la résidence de quelqu'un d'autre ou aux alentours	8,4*
Lieu de pratique d'un sport	x
En plein air	7,3*
Dans un endroit public	20,2
Zone agricole, industrielle ou de construction	x

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.
x Donnée confidentielle.
1. Blessure assez grave pour limiter les activités normales de la personne.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

Dans la population québécoise de 65 ans et plus, les chutes à domicile causant des blessures concernent 2,2 % des personnes, davantage les femmes que les hommes (3,0 % c. 1,4 %*) (tableau 11.9).

Tableau 11.9
Blessure[1] la plus grave causée par une chute à domicile selon le sexe, population de 65 ans et plus, Québec, 2014-2015

	%
Total	2,2
Sexe	
Hommes	1,4* [a]
Femmes	3,0 [a]

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.
a : Le même exposant exprime une différence significative entre les proportions au seuil de 0,01.
1. Blessure assez grave pour limiter les activités normales de la personne.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

ÉVOLUTION DEPUIS 2008

La prévalence des blessures causées par une chute ne peut être comparée avec celle de 2008 étant donné que la question a été modifiée. En 2014-2015, toutes les chutes à l'origine des blessures sont prises en considération alors qu'en 2008, seule la chute associée à la blessure la plus grave a pu être examinée. Autrement dit, la proportion des personnes blessées à la suite d'une chute est sous-estimée en 2008.

À RETENIR

La proportion de la population québécoise qui subit des blessures attribuables à des mouvements répétitifs observée en 2014-2015 est similaire à celle de 2008. Près d'un homme sur deux attribue ses blessures dues à des mouvements répétitifs à sa pratique d'activités sportives ou à des exercices physiques. Cette proportion grimpe à trois sur quatre chez les jeunes hommes de 15 à 24 ans.

Quatre Québécois sur dix considèrent que le travail rémunéré est la source de leurs blessures dues à des mouvements répétitifs. Cette proportion est plus élevée dans la population de 25 à 64 ans puisqu'elle s'établit à près de la moitié.

Les femmes et les personnes de 45 ans et plus sont proportionnellement plus nombreuses à s'être blessées de manière non intentionnelle en 2014-2015 qu'en 2008.

Les jeunes de 15 à 24 ans sont plus souvent victimes de blessures non intentionnelles ; la proportion de ces victimes diminue graduellement à mesure que l'âge augmente.

Quatre Québécois sur dix considèrent les sports et exercices physiques comme étant la source de leurs blessures non intentionnelles. C'est davantage le cas des hommes que des femmes.

Les jeunes de 15 à 24 ans sont plus nombreux en proportion à s'être blessés de façon non intentionnelle lors d'activités sportives.

Près du quart de la population victime d'une blessure non intentionnelle s'est blessée en effectuant des tâches ménagères ou des travaux d'entretien ou de rénovation.

Dans la population âgée de 65 ans et plus, les chutes à domicile représentent la vaste majorité des chutes ayant causé des blessures.

Les femmes de 65 ans et plus sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à avoir fait une chute à domicile.

D'AUTRES ANALYSES POSSIBLES

Plusieurs éléments entourant les circonstances des blessures n'ont pas été examinés dans le présent chapitre, mais présentent un potentiel d'analyse intéressant. Mentionnons :

- La partie du corps atteinte lors de la blessure répétitive la plus grave
- La partie du corps atteinte lors de la blessure non intentionnelle la plus grave
- Le genre de blessure non intentionnelle subie
- La sévérité de la blessure non intentionnelle la plus grave
- Les soins reçus dans les 48 heures (lieu des soins et admission pour une nuit dans un hôpital)

RÉFÉRENCES

FOURNIER, C., C. LECOURS et M. GAGNÉ (2012). « Les chutes chez les personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile au Québec. Ce que révèle l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Vieillissement en santé 2008-2009* », Zoom santé, n° 39, novembre, 8 p.

GAGNÉ, M. (2015). *Principales causes de décès au Québec, hommes et femmes confondus. Fichier des décès du registre des évènements démographiques (2009-2011)*, Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec, Demande spéciale, [En ligne]. [www.inspq.qc.ca/traumatismes-non-intentionnels/statistiques] (Consulté le 6 juin 2016).

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS) (2011). *Les soins de santé au Canada : regard sur les personnes âgées et le vieillissement*, Ottawa, ICIS, 166 p.

Chapitre 12

PERCEPTION DE L'ÉTAT DE SANTÉ

Il est bien établi que la santé perçue est une mesure subjective fiable et valide de l'état de santé global d'une personne. En fait, « l'autoévaluation de la santé peut refléter certains aspects qu'il est difficile de saisir cliniquement, tels que le premier stade d'une maladie, la gravité d'une maladie, les ressources physiologiques et psychologiques, ainsi que le fonctionnement social » (Statistique Canada, 2010). De plus, cet indicateur est associé au déclin fonctionnel, à la morbidité et à la mortalité ainsi qu'aux habitudes de vie, à l'utilisation des services de santé et à la prise de médicaments (Statistique Canada, 2010). Enfin, plusieurs caractéristiques individuelles sont susceptibles d'entraîner des différences de perception de l'état de santé, en particulier l'âge (Shields et Shooshtari, 2001).

QUE MESURE-T-ON?

On mesure la perception de l'état de santé d'une personne à l'aide de la question suivante :

(ETA_1) En général, diriez-vous que votre santé est : excellente, très bonne, bonne, passable ou mauvaise.

Aux fins de l'analyse qui suit, un indicateur en trois catégories est créé en regroupant les choix de réponse : les réponses « Excellente » et « Très bonne » sont regroupées pour former la première catégorie, les réponses « Bonne » constituent la deuxième catégorie et les réponses « Passable » et « Mauvaise » représentent la troisième.

QUE DISENT LES RÉSULTATS?

En 2014-2015, près de 6 Québécois de 15 ans et plus sur 10 (57 %) se perçoivent en excellente ou très bonne santé ; le tiers se considère en bonne santé (33 %) et le dixième (10 %) juge que son état de santé est passable ou mauvais (tableau 12.1).

Sexe et âge

La perception de l'état de santé n'est pas associée au fait d'être un homme ou une femme (tableau 12.1).

La santé perçue varie cependant d'un groupe d'âge à l'autre. Les Québécois de 15 à 44 ans sont proportionnellement plus nombreux à se percevoir en excellente ou très bonne santé (15 à 24 ans : 66 % ; 25 à 44 ans : 65 %) que leurs aînés. Ainsi, les personnes de 65 ans et plus sont moins nombreuses, en proportion, à s'estimer en excellente ou très bonne santé (42 %) que celles des autres groupes d'âge (tableau 12.1). Elles affichent aussi la proportion la plus importante pour la catégorie « santé passable ou mauvaise » (19 %).

Tableau 12.1
Perception de l'état de santé selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2014-2015

	Excellent/ Très bon	Bon	Passable/ Mauvais
	%		
Total	**56,6**	**33,1**	**10,3**
Sexe			
Hommes	57,4	32,7	9,8
Femmes	55,9	33,5	10,7
Âge			
15-24 ans	66,1[a]	29,2[a]	4,7[a]
25-44 ans	64,6[b]	29,5[b]	6,0[b]
45-64 ans	53,5[a,b]	34,7[a,b]	11,8[a,b]
65 ans et plus	41,8[a,b]	39,3[a,b]	18,9[a,b]

a, b : Pour une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions d'une même colonne au seuil de 0,01.

Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

Scolarité, revenu, composition du ménage et occupation

Plus le niveau de scolarité est élevé, meilleure est la perception des Québécois à l'égard de leur état de santé (tableau 12.2). En effet, les diplômés universitaires (68 %) sont proportionnellement plus nombreux à se percevoir en excellente ou très bonne santé que les personnes des autres niveaux de scolarité. À l'opposé, les Québécois sans diplôme d'études secondaires sont en proportion plus nombreux à estimer leur état de santé passable ou mauvais (19 %) comparativement à ceux ayant obtenu un diplôme d'études secondaires (11 %), collégiales/techniques (7 %) ou universitaires (5 %).

L'examen des liens entre le revenu et la santé perçue montre que ce sont les personnes vivant dans un ménage à faible revenu qui affichent la proportion la plus élevée pour la catégorie « santé passable ou mauvaise » (21 %). Inversement, cette population présente la proportion la plus faible de personnes se considérant en très bonne ou en excellente santé (41 %) (tableau 12.2).

Les personnes vivant au sein d'un ménage composé d'un couple avec enfants sont à la fois plus nombreuses à se percevoir en très bonne ou excellente santé (64 %) et moins nombreuses en proportion à évaluer négativement leur état de santé (5 %) (tableau 12.2).

À l'opposé, les personnes vivant seules sont les plus nombreuses en proportion à juger leur état de santé de façon négative (18 %) ; elles sont aussi les moins nombreuses à s'estimer en très bonne ou excellente santé (47 %).

La perception de l'état de santé varie également selon l'occupation principale. En effet, les étudiants affichent la plus grande proportion pour la catégorie « excellente ou très bonne santé » (66 %) comparativement aux autres statuts. Les personnes sans emploi sont, quant à elles, les moins nombreuses à s'estimer en excellente ou très bonne santé (33 %), mais plus nombreuses à considérer leur état de santé comme passable ou mauvais (29 %) (tableau 12.2).

Tableau 12.2
Perception de l'état de santé selon certaines caractéristiques sociodémographiques, population de 15 ans et plus, Québec, 2014-2015

	Excellent/Très bon	Bon	Passable/Mauvais
	%		
Niveau de scolarité			
Niveau inférieur au DES	42,3[a]	38,8[a]	18,9[a]
Diplôme d'études secondaires (DES)	53,2[a]	35,7[a]	11,1[a]
Diplôme ou certificat d'études collégiales[1]	60,2[a]	32,4[a]	7,4[a]
Diplôme d'études universitaires	67,6[a]	26,9[a]	5,5[a]
Mesure de faible revenu			
Ménages à faible revenu	40,6[a]	38,4[a]	21,0[a]
Autres ménages	61,7[a]	31,4[a]	6,9[a]
Composition du ménage			
Personne vivant seule	47,0[a,b,c]	35,5[a]	17,5[a,b]
Couple sans enfant	55,3[a]	34,2[b]	10,5[a]
Couple avec enfants	64,3[a,b,c]	30,3[a,b,c,d]	5,4[a,b]
Famille monoparentale	53,7[b]	34,9[c]	11,4[b]
Autre	53,1[c]	33,8[d]	13,1[a]
Occupation principale			
Travailleurs	63,0[a]	31,5[a,b]	5,5[a]
Étudiants	66,4[a]	28,8[a,b]	4,8[b]
Personnes sans emploi	32,5[a]	38,7[a]	28,8[a,b]
Retraités	43,2[a]	38,5[b]	18,3[a,b]

a, b, c, d : Pour une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions d'une même colonne au seuil de 0,01.

1. Cette catégorie inclut aussi le diplôme ou le certificat d'études d'une école de métiers ou de formation professionnelle.

Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

Statut de fumeur

Les fumeurs réguliers sont proportionnellement moins nombreux à s'estimer en très bonne ou excellente santé (42%) et plus nombreux à qualifier leur état de santé de passable ou mauvais (17%) (tableau 12.3).

Les non-fumeurs présentent la proportion la plus importante de Québécois s'estimant en excellente ou très bonne santé (62%) et la plus faible proportion de personnes jugeant leur santé passable ou mauvaise (7%).

Niveau d'activité physique de loisir et de transport

La proportion de personnes de 15 ans et plus considérant leur état de santé comme passable ou mauvais diminue lorsque le niveau d'activité physique de loisir et de transport augmente, passant de 17% chez les personnes sédentaires à 6% chez les personnes actives (tableau 12.3).

Boissons sucrées

Les Québécois consommant quotidiennement une boisson sucrée ou plus sont davantage susceptibles de qualifier leur état de santé de passable ou mauvais que ceux qui n'en boivent pas quotidiennement (14% c. 9%) (tableau 12.3).

Statut pondéral

Les personnes de 15 ans et plus souffrant d'obésité sont moins enclines à s'estimer en très bonne ou excellente santé (39%) et plus susceptibles de juger leur état de santé passable ou mauvais (18%) que celles qui présentent de l'embonpoint, un poids normal ou un poids insuffisant (tableau 12.4).

Tableau 12.3
Perception de l'état de santé selon certaines habitudes de vie, population de 15 ans et plus, Québec, 2014-2015

	Excellent/Très bon	Bon	Passable/Mauvais
	%		
Statut de fumeur de cigarette			
Fumeurs réguliers	41,6[a,b]	41,0[a,b]	17,5[a,b]
Fumeurs occasionnels	58,1[a]	32,4[a]	9,5[a]
Anciens fumeurs	56,7[b]	33,0[b]	10,4[b]
Non-fumeurs	62,2[a,b]	30,3[b]	7,5[a,b]
Niveau d'activité physique de loisir et de transport[1]			
Actif	68,2[a]	26,3[a,b]	5,6[a,b]
Moyennement actif	58,6[a]	33,4[a]	8,1[a]
Un peu actif	54,9[a]	35,3[b]	9,7[b]
Sédentaire	42,5[a]	40,3[a,b]	17,2[a,b]
Consommation quotidienne de boissons sucrées			
Oui	47,3[a]	38,3[a]	14,4[a]
Non	59,1[a]	31,8[a]	9,1[a]

a, b : Pour une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions d'une même colonne au seuil de 0,01.

1. Au cours des quatre dernières semaines.

Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15%.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

Niveau de détresse psychologique

Les Québécois de 15 ans et plus se situant au niveau élevé de détresse psychologique sont, en proportion, plus nombreux à considérer leur état de santé comme passable ou mauvais que ceux qui se classent au niveau faible ou moyen (20 % c. 6 %) (tableau 12.4). À l'inverse, la proportion de personnes s'estimant en très bonne ou excellente santé est moins importante chez les Québécois dont le niveau de détresse psychologique est élevé que chez ceux affichant un niveau faible ou modéré de détresse (41 % c. 63 %).

Sommeil dérangé par le bruit

Le tableau 12.4 révèle que les personnes dont le sommeil est affecté souvent ou à l'occasion par le bruit ambiant sont proportionnellement moins nombreuses à considérer comme très bon ou excellent leur état de santé comparativement à celles qui ne sont jamais dérangées par le bruit ou qui le sont rarement (51 % c. 58 %). Par contre, la proportion de personnes ayant une perception négative de leur état de santé est plus élevée chez les Québécois dont le sommeil est perturbé ou dérangé souvent ou à l'occasion par le bruit ambiant que chez ceux dont le sommeil n'est que rarement ou jamais dérangé par le bruit (13 % c. 10 %).

Tableau 12.4
Perception de l'état de santé selon certaines caractéristiques de santé, population de 15 ans et plus, Québec, 2014-2015

	Excellent/Très bon	Bon	Passable/Mauvais
	%		
Statut pondéral			
Poids insuffisant	56,5[a]	30,6[a]	12,9[a]
Poids normal	65,0[a,b]	27,7[b]	7,3[a,b]
Embonpoint	55,9[b]	34,6[b]	9,6[b]
Obésité	39,2[a,b]	43,0[a,b]	17,8[a,b]
Niveau sur l'échelle de détresse psychologique			
Élevé	40,9[a]	39,5[a]	19,6[a]
Faible ou moyen	63,3[a]	30,4[a]	6,3[a]
Sommeil dérangé par le bruit			
Souvent/À l'occasion	51,4[a]	35,9[a]	12,7[a]
Rarement/Jamais	58,0[a]	32,4[a]	9,6[a]

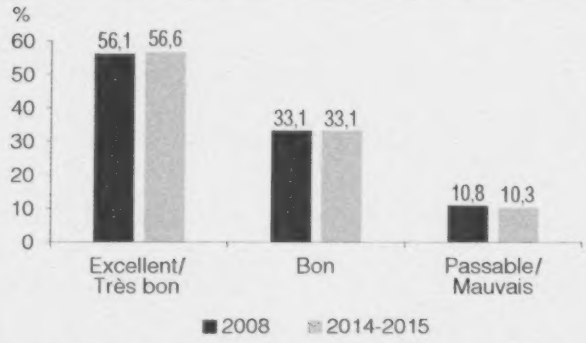
a, b : Pour une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions d'une même colonne au seuil de 0,01.
Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

ÉVOLUTION DEPUIS 2008

L'indicateur n'est pas jugé affecté par le changement de mode de collecte entre les deux éditions. Des comparaisons avec l'EQSP 2008 peuvent donc être faites en utilisant l'échantillon complet de l'édition 2014-2015 (voir chapitre 1, section 1.5.3).

La répartition de la population québécoise de 15 ans et plus selon la perception de son état de santé est similaire à celle observée en 2008 (figure 12.1).

Figure 12.1
Perception de l'état de santé[1], population de 15 ans et plus, Québec, 2008 et 2014-2015



1. Le test global du khi-deux entre cette variable et les années est non significatif au seuil de 0,01

Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2008 et 2014-2015.

À RETENIR

La majorité des Québécois de 15 ans et plus s'estiment en très bonne ou excellente santé. Toutefois, un Québécois sur 10 considère son état de santé comme passable ou mauvais. La répartition de la population selon la perception de sa santé n'a pas changé significativement depuis 2008.

La perception négative de la santé est un phénomène qui augmente progressivement avec l'âge ; environ une personne sur cinq de 65 ans et plus considère son état de santé comme passable ou mauvais.

Les données suggèrent que les personnes évaluent leur santé en fonction de la situation dans laquelle elles se trouvent. Par exemple, les personnes vivant seules sont les plus nombreuses en proportion à qualifier leur état de santé de passable ou mauvais, tandis que les personnes faisant partie d'un ménage composé d'un couple avec enfants sont les plus nombreuses à s'évaluer en très bonne ou excellente santé. Également, plus d'une personne sur cinq vivant dans un ménage à faible revenu a une perception négative de son état de santé.

Plusieurs facteurs, comme les habitudes de vie (cigarette, activité physique, consommation quotidienne de boissons sucrées), viennent influencer la perception de l'état de santé. De plus, certaines caractéristiques de santé sont associées à une meilleure perception. En effet, les personnes de poids normal sont plus susceptibles de se considérer en excellente ou en très bonne santé de même que celles ne se classant pas dans la catégorie élevée sur l'échelle de détresse psychologique.

RÉFÉRENCES

SHIELDS, M., et S. SHOOSHTARI (2001). « Déterminants de l'autoévaluation de la santé », *Rapports sur la santé*, vol. 13, n° 1, p. 39-63.

STATISTIQUE CANADA (2010). *Santé perçue*, [En ligne]. [www.statcan.gc.ca/pub/82-229-x/2009001/status/phx-fra.htm] (Consulté le 30 mai 2016).

Chapitre 13

SANTÉ MENTALE

Le présent chapitre dresse un portrait statistique de certains aspects de l'état de santé mentale des Québécois en 2014-2015. Comme la santé mentale est souvent en lien avec l'environnement social des individus, il est pertinent de rendre compte de la satisfaction de la population à l'égard de sa vie sociale.

Ensuite, on s'intéresse à la détresse psychologique qui est le résultat d'un ensemble d'émotions négatives qui, lorsqu'elles sont suffisamment graves et présentes sur une longue période, peuvent être associées à des symptômes de troubles mentaux, dont la dépression et l'anxiété. L'échelle de détresse psychologique constitue une mesure non spécifique de l'état de santé mentale, mais très utile pour établir un portrait de celui-ci dans la population générale.

Enfin, il est question des idées suicidaires sérieuses et des tentatives de suicide. Selon les données les plus récentes, la baisse du taux de suicide amorcée au début des années 2000 au Québec semble s'estomper. Le suicide est la première cause de décès traumatiques dans l'ensemble de la population québécoise ; il se place devant les traumatismes routiers (Légaré et autres, 2016).

13.1 Satisfaction à l'égard de sa vie sociale

QUE MESURE-T-ON ?

La satisfaction à l'égard de sa vie sociale est l'une des dimensions de l'indice de soutien social utilisées dans les éditions 1992-1993 et 1998 de l'*Enquête sociale et de santé* (ESS), les deux autres étant la participation ou l'intégration sociale et la taille du réseau de soutien (Julien et autres, 2000). Dans l'EQSP, seule la satisfaction à l'égard de sa vie sociale a été retenue, et elle est mesurée à partir de la question suivante :

(SM1_1) En général, comment trouvez-vous votre vie sociale, c'est-à-dire vos relations avec les gens qui vous entourent (parents, amis, connaissances) ?

Les catégories de réponse sont les suivantes : « très satisfaisante », « plutôt satisfaisante », « plutôt insatisfaisante » et « très insatisfaisante ». Les catégories « plutôt insatisfaisante » et « très insatisfaisante » ont été regroupées afin d'estimer la proportion de la population qui est insatisfaite de sa vie sociale.

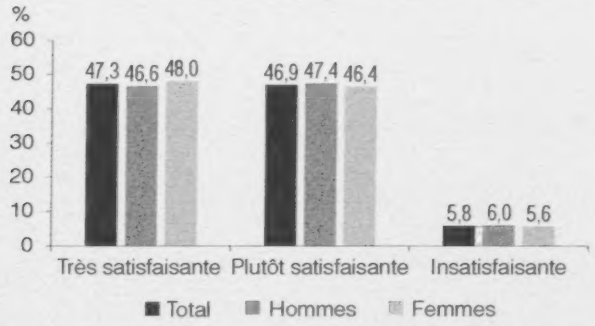
QUE DISENT LES RÉSULTATS ?

Sexe et âge

En 2014-2015, la quasi-totalité de la population québécoise de 15 ans et plus se dit satisfaite de sa vie sociale. Plus spécifiquement, autour de 47 % de la population se dit très satisfaite et une proportion similaire se dit plutôt satisfaite ; les mêmes proportions s'observent chez les hommes et chez les femmes. Toutefois, environ 6 % de la population (hommes ou femmes) est insatisfaite de sa vie sociale (figure 13.1).

Les personnes de 65 ans et plus se distinguent de celles des autres groupes en étant proportionnellement plus nombreuses à s'estimer très satisfaites de leur vie sociale (58 %) et moins nombreuses à s'estimer insatisfaites à cet égard (3,4 %) (figure 13.2).

Figure 13.1
Niveau de satisfaction à l'égard de sa vie sociale[1] selon le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 2014-2015



1. Le test global du Khi-deux entre cette variable et le sexe est non significatif au seuil de 0,01.

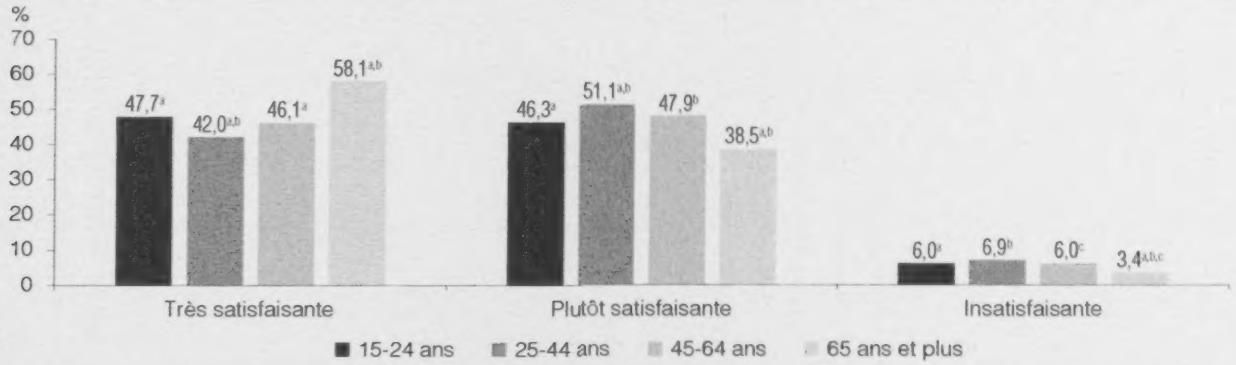
Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

Scolarité, revenu, composition du ménage et occupation

Les personnes ayant un niveau de scolarité inférieur au DES (54 %) sont plus nombreuses en proportion à se déclarer très satisfaites de leur vie sociale que celles plus scolarisées. Les personnes vivant dans un ménage à faible revenu (8 %) ou sans emploi (11 %) sont plus enclines à l'insatisfaction à l'égard de leur vie sociale (tableau 13.1). Au regard de la composition du ménage, les personnes vivant en couple sans enfant (3,7 %) affichent une proportion d'insatisfaction moins importante que les autres types de ménages, suivies de celles en couple avec enfants (4,8 %). Enfin, les personnes retraitées présentent la proportion la plus faible d'insatisfaction face à la vie (4,0 %) comparativement aux personnes ayant une autre occupation.

Figure 13.2
Niveau de satisfaction à l'égard de sa vie sociale selon l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2014-2015



a, b, c : Pour un niveau de satisfaction donné, le même exposant exprime une différence significative entre les groupes d'âge au seuil de 0,01.

Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

Tableau 13.1
Niveau de satisfaction à l'égard de sa vie sociale selon certaines caractéristiques sociodémographiques, population de 15 ans et plus, Québec, 2014-2015

	Très satisfaisante	Plutôt satisfaisante	Insatisfaisante
	%		
Niveau de scolarité			
Niveau inférieur au DES	54,0[a,b]	41,0[a,b]	5,0[a]
Diplôme d'études secondaires (DES)	48,5[a,b]	45,7[a,b]	5,8
Diplôme ou certificat d'études collégiales[1]	44,3[a]	49,5[a]	6,2[a]
Diplôme d'études universitaires	44,1[b]	50,0[b]	5,9
Mesure de faible revenu			
Ménages à faible revenu	45,9	46,3	7,9[a]
Autres ménages	47,7	47,2	5,1[a]
Composition du ménage			
Personne vivant seule	43,0[a]	47,8[a]	9,2[a]
Couple sans enfant	52,6[a,b,c]	43,6[a,b,c,d]	3,7[a,b,c]
Couple avec enfants	46,8[a,b,c]	48,4[b]	4,8[a,b,c]
Famille monoparentale	43,1[b]	48,5[c]	8,5[b]
Autre	42,8[c]	49,5[d]	7,7[c]
Occupation principale			
Travailleurs	45,6[a]	49,0[a]	5,5[a]
Étudiants	45,7[b]	48,0[b]	6,3[b]
Personnes sans emploi	40,3[a,b]	48,6[c]	11,0[a,b]
Retraités	56,1[a,b]	39,9[a,b,c]	4,0[a,b]

a, b, c, d: Pour une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions d'une même colonne au seuil de 0,01.
1. Cette catégorie inclut aussi le diplôme ou le certificat d'études d'une école de métiers ou de formation professionnelle.
Note: Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.
Source: Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

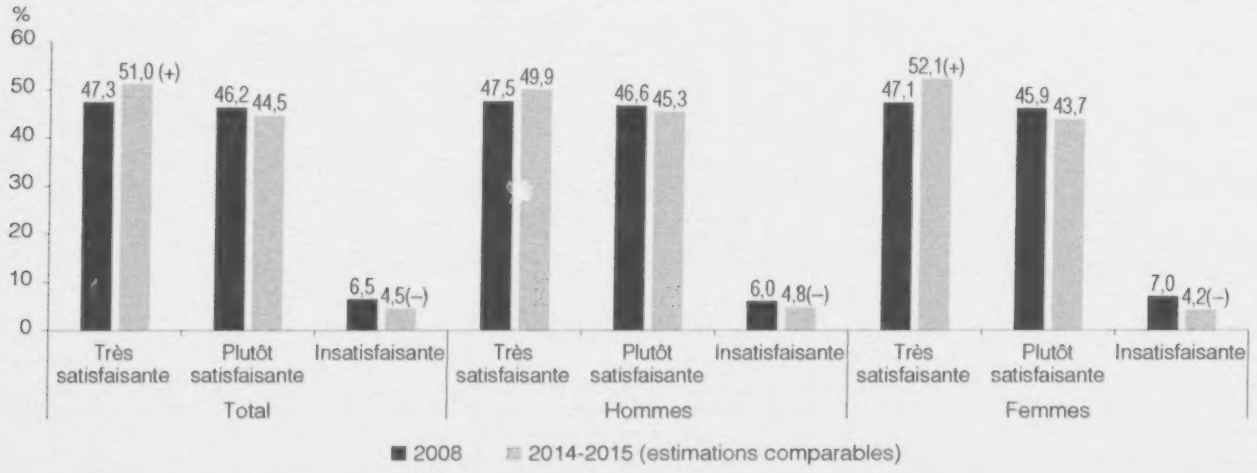
ÉVOLUTION DEPUIS 2008

L'indicateur est affecté par le mode de collecte. Les comparaisons avec l'EQSP 2008 doivent donc être faites en utilisant les estimations du volet téléphonique seulement de l'édition 2014-2015 (voir chapitre 1, section 1.5.3).

Le niveau de satisfaction de la population à l'égard de sa vie sociale a évolué par rapport à l'édition de 2008. La proportion de la population se disant très satisfaite de sa vie sociale a augmenté en 6 ans (47 % en 2008 contre 51 %[1] [estimation comparable de 2014-2015]) et la proportion de la population insatisfaite de sa vie sociale a diminué (6 % c. 4,5 % [estimation comparable de 2014-2015]) (figure 13.3). Cette diminution est présente tant chez les hommes que chez les femmes. Toutefois, l'augmentation de la proportion de personnes étant très satisfaites de leur vie sociale depuis la dernière enquête n'est significative que chez les femmes (47 % c. 52 %). En ce qui concerne l'âge, toujours au moyen des estimations comparables, une évolution à la hausse de la population très satisfaite est constatée chez les personnes de 45-64 ans et de 65 ans et plus (figure 13.4). La proportion de la population insatisfaite de sa vie sociale a, quant à elle, diminué dans tous les groupes d'âge, sauf chez les 15-24 ans.

1. Rappelons que l'estimation officielle de l'édition 2014-2015 est de 47 % (basée sur l'ensemble de l'échantillon), mais que la statistique comparable avec 2008, basée sur l'échantillon du volet téléphonique seulement, est de 51 %.

Figure 13.3
Niveau de satisfaction à l'égard de sa vie sociale selon le sexe (estimations comparables)[1], population de 15 ans et plus, Québec, 2008 et 2014-2015



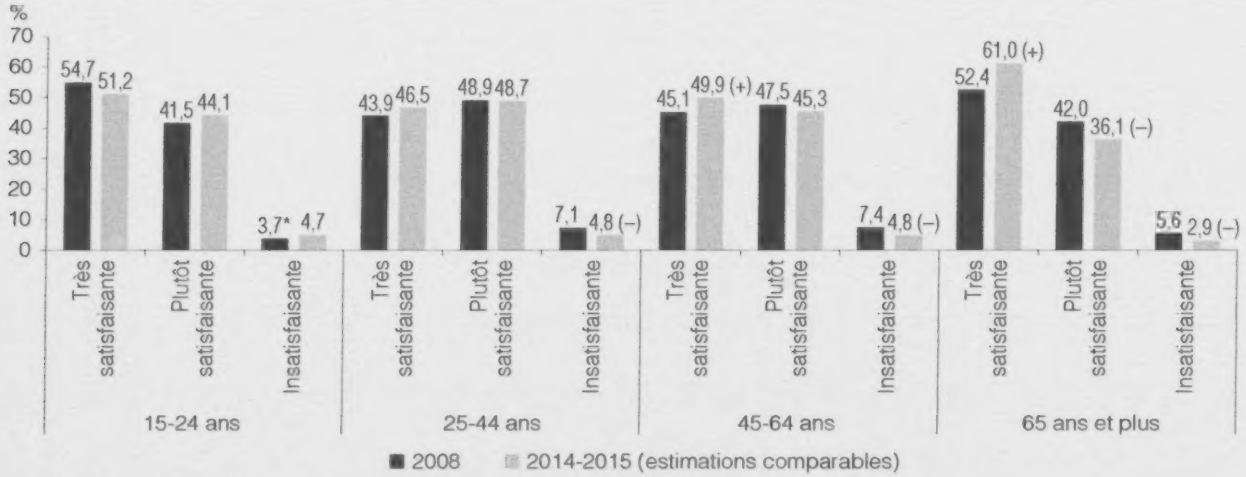
(+) (–) : Augmentation ou diminution significative depuis 2008 au seuil de 0,01.

1. Les valeurs présentées dans cette figure ne représentent pas les estimations officielles de l'édition 2014-2015 de l'EQSP. Il s'agit plutôt d'estimations comparables, basées sur l'échantillon du volet téléphonique seulement, utilisées pour analyser l'évolution du phénomène depuis 2008.

Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2008 et 2014-2015.

Figure 13.4
Niveau de satisfaction à l'égard de sa vie sociale selon l'âge (estimations comparables)[1], population de 15 ans et plus, Québec, 2008 et 2014-2015



* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.

(+) (–) : Augmentation ou diminution significative depuis 2008 au seuil de 0,01.

1. Les valeurs présentées dans cette figure ne représentent pas les estimations officielles de l'édition 2014-2015 de l'EQSP. Il s'agit plutôt d'estimations comparables, basées sur l'échantillon du volet téléphonique seulement, utilisées pour analyser l'évolution du phénomène depuis 2008.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2008 et 2014-2015.

13.2 Échelle de détresse psychologique

QUE MESURE-T-ON?

L'échelle de détresse psychologique est basée sur l'échelle de Kessler (K6) (Kessler et autres, 2002). Des études ont démontré une forte association entre les données obtenues à partir de cette échelle et certains troubles de l'humeur et l'anxiété, tels qu'ils ont été diagnostiqués par la *Structured Clinical Interview* pour le DSM-IV sur 12 mois ou le *Composite International Diagnostic Interview - Short Form* (CIDI-SF) (Kessler et autres, 2003).

Les six questions de l'échelle de Kessler portent sur la fréquence à laquelle certains sentiments ou pensées négatives sont présents au cours du dernier mois.

Au cours du dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e):

(DPSY_1) ... nerveux (nerveuse)?

(DPSY_2) ... désespéré(e)?

(DPSY_3) ... agité(e) ou incapable de tenir en place?

(DPSY_4) ... si déprimé(e) que plus rien ne pouvait vous faire sourire?

(DPSY_5) ... à quelle fréquence avez-vous senti que tout était un effort (à ce point fatigué(e) que tout est un effort)?

(DPSY_6) ... bon(ne) à rien?

Cinq choix de réponse sont possibles: « jamais », « rarement », « parfois », « la plupart du temps », « tout le temps ».

Chacune de ces six questions se voit accorder un score de 0 à 4 selon les choix de réponse, où 0 indique que les sentiments ou pensées négatives ne sont « jamais » présents, alors que 4 indique que ceux-ci seraient présents « tout le temps »; le score total varie de 0 à 24. Plus le score total est élevé, plus la détresse est prononcée.

Dans certaines enquêtes, l'échelle a été analysée en tant que variable continue, tandis qu'elle a été transformée en variable catégorielle au moyen de seuils dans d'autres enquêtes. De plus, les seuils utilisés ne sont pas les mêmes d'une enquête à l'autre. En conséquence, plusieurs interprétations sont possibles et cela peut rendre les comparaisons entre différentes populations difficiles.

Rappelons qu'à partir des données de l'EQSP recueillies en 2008, aux fins de l'analyse, il avait été décidé de retenir le quintile supérieur des scores totaux obtenus à l'échelle de détresse psychologique afin de décrire le sous-groupe le plus vulnérable. Ainsi, un score de 7 ou plus correspondait à la valeur du quintile supérieur de la distribution indiquant un niveau de détresse psychologique élevé. Pour des raisons de comparabilité entre les deux cycles de l'enquête, ce même seuil est utilisé en 2014-2015. Toutefois, les résultats portant sur la détresse psychologique ne doivent pas être interprétés comme des prévalences. Les proportions présentées servent à identifier les groupes à risque. On peut dire qu'une proportion d'un sous-groupe « se situe au niveau élevé de l'échelle de détresse psychologique », mais on ne peut pas dire que cette proportion « a un niveau élevé de détresse psychologique ».

QUE DISENT LES RÉSULTATS?

Sexe et âge

En 2014-2015, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à se situer au niveau élevé de l'échelle de détresse psychologique (33 % c. 24 %). La proportion de Québécois se situant au niveau élevé de l'échelle de détresse psychologique diminue à mesure que l'âge augmente, passant de 36 % chez les jeunes de 15 à 24 ans à 22 % chez les 65 ans et plus (tableau 13.2). Ce constat est encore plus marquant chez les femmes où environ 45 % de celles qui sont âgées de 15 à 24 ans se situent au niveau élevé de l'échelle de détresse psychologique. Quant aux hommes, 27 % de ceux âgés entre 15 et 44 ans se situent au niveau élevé de cette échelle, une proportion plus élevée que celle des groupes plus âgés (45-64 ans : 23 % ; 65 ans et plus : 17 %) (figure 13.5).

Tableau 13.2
Niveau élevé sur l'échelle de détresse psychologique selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2014-2015

	%
Sexe	
Hommes	23,9[a]
Femmes	32,6[a]
Âge	
15-24 ans	36,1[a]
25-44 ans	30,8[a]
45-64 ans	26,3[a]
65 ans et plus	21,9[a]

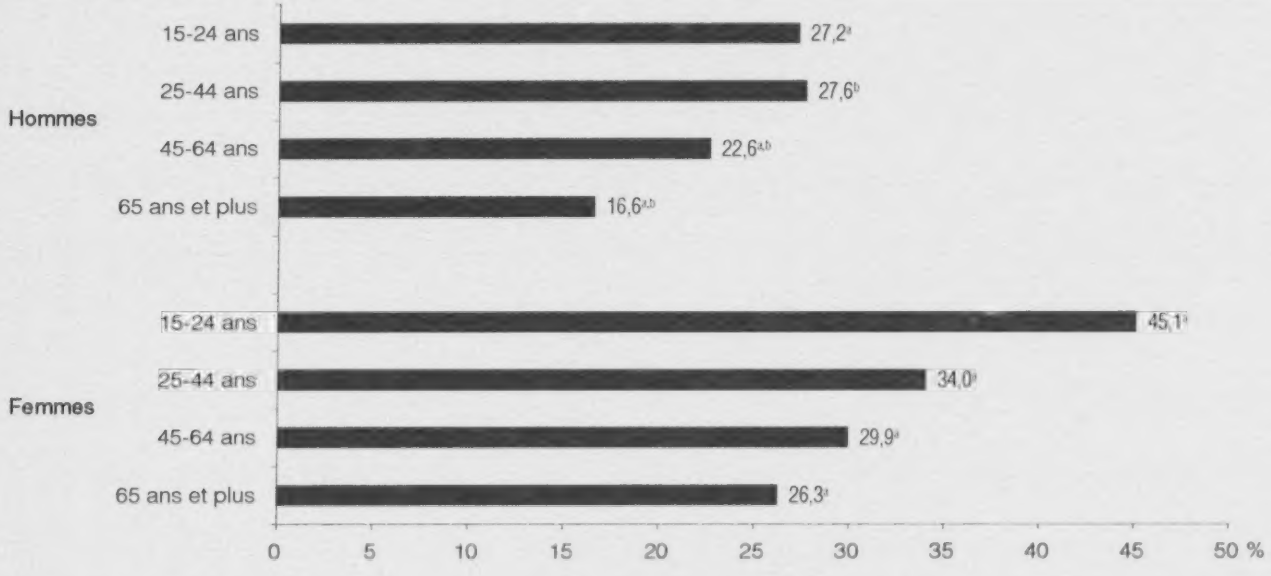
a : Pour une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions au seuil de 0,01.
Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

Scolarité, revenu, composition du ménage et occupation

On observe une plus grande proportion de personnes au niveau élevé de l'échelle de détresse psychologique chez les personnes dont le niveau de scolarité est inférieur au DES (32 %), tandis qu'un diplômé universitaire sur quatre se trouve au niveau élevé de l'échelle (tableau 13.3). D'autre part, les personnes de 15 ans et plus à faible revenu sont proportionnellement plus nombreuses à se situer au niveau élevé de l'échelle de détresse psychologique (38 %) que les autres (25 %).

Par ailleurs, un niveau élevé sur l'échelle de détresse psychologique est lié à la composition du ménage et à l'occupation. En effet, les couples sans enfant (23 %) présentent une proportion moindre de personnes se situant au niveau élevé de l'échelle de détresse psychologique. En ce qui concerne l'occupation, il ressort que le niveau élevé de détresse psychologique est plus répandu chez les Québécois qui sont sans emploi (43 %) comparativement à ceux qui travaillent (26 %), étudient (36 %) ou sont à la retraite (22 %).

Figure 13.5
Niveau élevé sur l'échelle de détresse psychologique selon l'âge et le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 2014-2015



a, b : Pour un sexe donné, le même exposant exprime une différence significative entre les groupes d'âge au seuil de 0,01.
Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.
Source : Institut de la statistique du Québec, Enquête québécoise sur la santé de la population, 2014-2015.

Tableau 13.3
Niveau élevé sur l'échelle de détresse psychologique selon certaines caractéristiques sociodémographiques, population de 15 ans et plus, Québec, 2014-2015

	%
Niveau de scolarité	
Niveau inférieur au DES	32,2[a,b]
Diplôme d'études secondaires (DES)	29,2[a]
Diplôme ou certificat d'études collégiales[1]	28,0[b]
Diplôme d'études universitaires	24,9[a,b]
Mesure de faible revenu	
Ménages à faible revenu	37,9[a]
Autres ménages	25,4[a]
Composition du ménage	
Personne vivant seule	32,0[a]
Couple sans enfant	23,0[a,b]
Couple avec enfants	27,2[a,b]
Famille monoparentale	37,6[a]
Autre	35,0[b]
Occupation principale	
Travailleurs	26,4[a]
Étudiants	36,5[a]
Personnes sans emploi	43,0[a]
Retraités	22,0[a]

a, b : Pour une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions au seuil de 0,01.

1. Cette catégorie inclut aussi le diplôme ou le certificat d'études d'une école de métiers ou de formation professionnelle.

Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

Perception de son état de santé et satisfaction à l'égard de sa vie sociale

Le niveau de détresse psychologique varie également selon la perception de son état de santé en général ainsi que selon la satisfaction à l'égard de sa vie sociale. La proportion de personnes se situant au niveau élevé de l'échelle de détresse psychologique est plus faible chez les personnes qui s'estiment en excellente ou très bonne santé et chez celles qui sont très satisfaites de leur vie sociale (tableau 13.4). Elle passe de plus de 55 % chez celles estimant avoir une santé passable ou mauvaise à près de 20 % chez celles qui considèrent comme très bonne ou excellente leur santé, alors qu'elle est d'environ 70 % chez les personnes jugeant leur vie sociale insatisfaisante.

Tableau 13.4
Niveau élevé sur l'échelle de détresse psychologique selon certaines caractéristiques de santé, population de 15 ans et plus, Québec, 2014-2015

	%
Perception de son état de santé	
Excellent/Très bon	20,3[a]
Bon	34,0[a]
Passable/Mauvais	55,1[a]
Satisfaction à l'égard de sa vie sociale	
Très satisfaisante	17,0[a]
Plutôt satisfaisante	34,4[a]
Insatisfaisante	69,6[a]

a : Pour une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions au seuil de 0,01.

Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

ÉVOLUTION DEPUIS 2008

L'indicateur est affecté par le mode de collecte. Les comparaisons avec l'EQSP 2008 doivent donc être faites en utilisant les estimations du volet téléphonique seulement de l'édition 2014-2015 (voir chapitre 1, section 1.5.3).

Lorsqu'on s'attarde à l'évolution du niveau élevé de détresse psychologique dans la population de 15 ans et plus depuis la dernière édition de l'EQSP, on remarque une augmentation chez les femmes (26 % en 2008 c. 29 %[2] [estimation comparable de 2014-2015]), plus spécifiquement chez celles de 15 à 24 ans et celles de 65 ans et plus (figure 13.6). Chez les hommes, la proportion se situant au niveau élevé de l'échelle de détresse a augmenté seulement dans le groupe des 45 à 64 ans (figure 13.6).

13.3 Idées suicidaires et tentatives de suicide

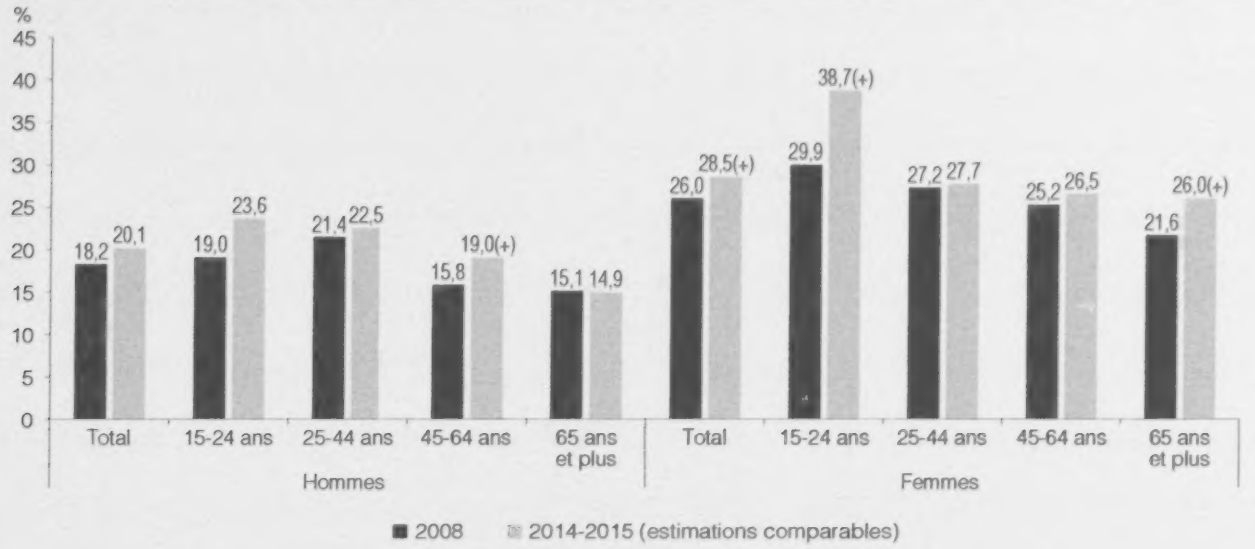
QUE MESURE-T-ON ?

L'indicateur portant sur les idées suicidaires sérieuses au cours des 12 derniers mois est basé sur les deux questions suivantes :

(SUI_1) Avez-vous déjà sérieusement songé à vous suicider ou à vous enlever la vie ?

(SUI_2) Est-ce que cela s'est produit au cours des 12 derniers mois ?

Figure 13.6
Niveau élevé sur l'échelle de détresse psychologique selon le sexe et l'âge (estimations comparables)[1], population de 15 ans et plus, Québec, 2008 et 2014-2015



(+) : Augmentation significative depuis 2008 au seuil de 0,01.

1. Les valeurs présentées dans cette figure ne représentent pas les estimations officielles de l'édition 2014-2015 de l'EQSP. Il s'agit plutôt d'estimations comparables, basées sur l'échantillon du volet téléphonique seulement, utilisées pour analyser l'évolution du phénomène depuis 2008.

Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2008 et 2014-2015.

2. Rappelons que l'estimation officielle de l'édition 2014-2015 est de 33 % (basée sur l'ensemble de l'échantillon), mais que la statistique comparable avec 2008, basée sur l'échantillon du volet téléphonique seulement, est de 29 %.

Quant à l'indicateur portant sur les tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois, il est construit à partir de trois questions :

(SUI_1) Avez-vous déjà sérieusement songé à vous suicider ou à vous enlever la vie ?

(SUI_5) Avez-vous déjà tenté de vous suicider ou essayé de vous enlever la vie ?

(SUI_6) Est-ce que cela s'est produit au cours des 12 derniers mois ?

Tout comme pour les données de l'EQSP 2008, les analyses permettent de distinguer deux groupes exclusifs, soit les personnes déclarant des idées suicidaires sérieuses et celles qui ont fait une tentative de suicide. Ces deux groupes d'individus présentent des comportements suicidaires différents et peuvent constituer des groupes cibles distincts pour des interventions en santé publique. Toutefois, cette procédure d'exclusion, à savoir le fait de soustraire les cas de tentative de suicide du groupe de personnes ayant eu des idées suicidaires sérieuses, induit une légère sous-estimation de la proportion de ce groupe. Les proportions de personnes ayant eu des idées suicidaires sérieuses ou ayant tenté de mettre fin à leurs jours sont faibles. Les écarts entre les sous-groupes étudiés sont également petits et donc plus difficiles à détecter.

QUE DISENT LES RÉSULTATS ?

Idées suicidaires

Environ 2,8 % de la population québécoise, excluant les personnes ayant fait une tentative de suicide, a eu des idées suicidaires sérieuses au cours des 12 derniers mois (tableau 13.5).

Sexe et âge

En proportion, autant d'hommes que de femmes ont eu des idées suicidaires sérieuses au cours des 12 derniers mois (tableau 13.5). Ce phénomène varie également très peu en fonction de l'âge puisque seules les personnes de 65 ans et plus se distinguent des autres groupes d'âge en étant proportionnellement moins nombreuses à avoir songé au suicide au cours des 12 derniers mois (1,3 %).

Tableau 13.5
Idées suicidaires sérieuses au cours des 12 derniers mois[1] selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2014-2015

	%
Total	**2,8**
Sexe	
Hommes	2,6
Femmes	3,0
Âge	
15-24 ans	3,7[a]
25-44 ans	3,0[b]
45-64 ans	3,2[c]
65 ans et plus	1,3[a,b,c]

a, b, c : Le même exposant exprime une différence significative entre les groupes d'âges au seuil de 0,01.

1. Les personnes ayant fait une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois sont exclues.

Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

Scolarité, revenu, composition du ménage et occupation

Il n'y a pas d'association significative entre la proportion de personnes ayant eu des pensées suicidaires sérieuses dans les 12 derniers mois et le niveau de scolarité, mais une association est détectée avec le revenu. En effet, les personnes dont le ménage est à faible revenu sont plus nombreuses en proportion à avoir eu de telles pensées (3,8 % c. 2,5 %) (tableau 13.6). Par ailleurs, parmi l'ensemble des types de ménages, les Québécois en couple avec ou sans enfants affichent la proportion la plus faible de personnes ayant eu des pensées suicidaires sérieuses (respectivement 2,3 % et 1,7 %). Cette proportion est de 4,5 % chez les personnes vivant seules, de 4,3 % dans une famille monoparentale et de 4,3 % dans un autre type de ménage[3]. Enfin, les idées suicidaires dans les 12 derniers mois se retrouvent davantage chez les personnes sans emploi (6 %) que chez les personnes qui ont une autre occupation (tableau 13.6).

3. Autre type de ménage : cela inclut principalement des ménages composés de personnes apparentées par des liens autres que conjugaux ou filiaux ou de personnes non apparentées (colocataires).

Tableau 13.6
Idées suicidaires sérieuses au cours des 12 derniers mois[1] selon certaines caractéristiques sociodémographiques, population de 15 ans et plus, Québec, 2014-2015

	%
Niveau de scolarité	
Niveau inférieur au DES	2,8
Diplôme d'études secondaires (DES)	3,0
Diplôme ou certificat d'études collégiales[2]	3,0
Diplôme d'études universitaires	2,6
Mesure de faible revenu	
Ménages à faible revenu	3,8[a]
Autres ménages	2,5[a]
Composition du ménage	
Personne vivant seule	4,5[a,b]
Couple sans enfant	1,7[a,c,d]
Couple avec enfants	2,3[b,e,f]
Famille monoparentale	4,3[c,e]
Autre	4,3[d,f]
Occupation principale	
Travailleurs	2,6[a]
Étudiants	3,5[b]
Personnes sans emploi	6,1[a,b]
Retraités	1,4[a,b]

a, b, c, d, e, f : Pour une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions au seuil de 0,01.

1. Les personnes ayant fait une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois sont exclues.

2. Cette catégorie inclut aussi le diplôme ou le certificat d'études d'une école de métiers ou de formation professionnelle.

Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

Perception de son état de santé, satisfaction à l'égard de sa vie sociale et niveau de détresse psychologique

La proportion de Québécois ayant eu des idées suicidaires sérieuses dans les 12 derniers mois est plus élevée parmi ceux estimant avoir une santé passable ou mauvaise (8 %) comparativement à ceux qui considèrent leur santé comme bonne (3,2 %) ou très bonne ou excellente (1,6 %). Environ 14 % des personnes dont la vie sociale est jugée insatisfaisante ont eu des idées suicidaires sérieuses. Les idées suicidaires sont également plus répandues chez les personnes se situant au niveau élevé de l'échelle de détresse psychologique (8 %) (tableau 13.7).

Tableau 13.7
Idées suicidaires sérieuses au cours des 12 derniers mois[1] selon certaines caractéristiques de santé, population de 15 ans et plus, Québec, 2014-2015

	%
Perception de son état de santé	
Excellent/Très bon	1,6[a]
Bon	3,2[a]
Passable/Mauvais	8,2[a]
Satisfaction à l'égard de sa vie sociale	
Très satisfaisante	1,2[a]
Plutôt satisfaisante	3,2[a]
Insatisfaisante	13,7[a]
Niveau sur l'échelle de détresse psychologique	
Élevé	8,3[a]
Faible ou moyen	0,7[a]

a : Pour une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions au seuil de 0,01.

1. Les personnes ayant fait une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois sont exclues.

Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

ÉVOLUTION DEPUIS 2008

L'indicateur est affecté par le mode de collecte. Les comparaisons avec l'EQSP 2008 doivent donc être faites en utilisant les estimations du volet téléphonique seulement de l'édition 2014-2015 (voir chapitre 1, section 1.5.3).

Environ 2,8 % de la population québécoise, excluant les personnes ayant fait une tentative de suicide, a eu des idées suicidaires sérieuses au cours des 12 derniers mois (tableau 13.5). La proportion est similaire à celle observée en 2008[4] (donnée non illustrée).

Tentatives de suicide

Les tentatives de suicide, selon l'EQSP 2014-2015, touchent 0,4 % de la population québécoise de 15 ans et plus.

Sexe et âge

Selon les données, la proportion de personnes ayant fait une tentative de suicide dans les 12 derniers mois n'est pas associée au sexe mais a tendance à diminuer à mesure que l'âge augmente. Ainsi, les jeunes de 15 à 24 ans affichent une proportion plus importante (1,0 %*) que les autres groupes d'âge (tableau 13.8).

Scolarité, revenu et composition du ménage

Les proportions sont trop faibles pour procéder à des analyses selon les caractéristiques individuelles. Mentionnons tout de même que les personnes dont le ménage est à faible revenu présentent une proportion plus élevée de personnes ayant tenté de s'enlever la vie au cours des 12 derniers mois que celles des autres ménages (0,9 % c. 0,3 %) (tableau 13.9).

Mentionnons également que, contrairement à l'indicateur des pensées suicidaires, aucune association n'est détectée entre les tentatives de suicide et la composition du ménage.

Tableau 13.8
Tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2014-2015

	%
Total	**0,4**
Sexe	
Hommes	0,3*
Femmes	0,5
Âge	
15-24 ans	1,0* a,b,c
25-44 ans	0,4* a
45-64 ans	0,3* b
65 ans et plus	0,2** c

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 % ; estimation imprécise, fournie à titre indicatif seulement.

a, b, c : Le même exposant exprime une différence significative entre les groupes d'âge au seuil de 0,01.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

Tableau 13.9
Tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois selon certaines caractéristiques sociodémographiques, population de 15 ans et plus, Québec, 2014-2015

	%
Niveau de scolarité	
Niveau inférieur au DES	0,8* a,b
Diplôme d'études secondaires (DES)	0,5*
Diplôme ou certificat d'études collégiales[1]	0,4* a
Diplôme d'études universitaires	0,2** b
Mesure de faible revenu	
Ménages à faible revenu	0,9 a
Autres ménages	0,3 a
Composition du ménage	
Personne vivant seule	0,4*
Couple sans enfant	0,3*
Couple avec enfants	0,4*
Famille monoparentale	0,8**
Autre	0,6**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise, fournie à titre indicatif seulement.

a, b : Pour une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions au seuil de 0,01.

1. Cette catégorie inclut aussi le diplôme ou le certificat d'études d'une école de métiers ou de formation professionnelle.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

4. Selon les tests effectués au moyen d'estimations comparables, aucun changement significatif n'est observé par rapport à l'EQSP 2008 (2,3 % en 2008 et 2,6 % dans le volet téléphonique seulement de 2014-2015).

ÉVOLUTION DEPUIS 2008

L'indicateur n'est pas jugé affecté par le changement de mode de collecte entre les deux éditions. Des comparaisons avec l'EQSP 2008 peuvent donc être faites en utilisant l'échantillon complet de l'édition 2014-2015 (voir chapitre 1, section 1.5.3).

Les tentatives de suicide, selon l'EQSP 2014-2015, touchent 0,4 % de la population québécoise de 15 ans et plus, proportion similaire à celle observée en 2008 (0,5 %) (donnée non illustrée).

D'AUTRES ANALYSES POSSIBLES

Certains indicateurs, malgré leur potentiel, n'ont pas été analysés ici. Ainsi, pour les personnes qui s'intéressent à la problématique du suicide au Québec, les aspects suivants pourraient être examinés : consultation d'un professionnel ou d'une ligne d'aide téléphonique à la suite de pensées suicidaires dans les 12 derniers mois, moyens envisagés pour se suicider, visite à l'urgence à la suite d'une tentative de suicide.

À RETENIR

En 2014-2015, la quasi-totalité de la population est plutôt satisfaite ou très satisfaite de sa vie sociale. Les Québécois de 65 ans et plus, les retraités et les personnes vivant en couple sans enfant sont proportionnellement moins nombreux à être insatisfaits de leur vie sociale, à se situer au niveau élevé de l'échelle de détresse psychologique et à avoir eu des idées suicidaires dans les 12 derniers mois.

Les femmes se situent au niveau élevé de l'échelle de détresse psychologique en plus grande proportion que les hommes. Parmi celles-ci, les 15-24 ans sont proportionnellement plus nombreuses que leurs aînées.

La proportion de femmes qui se situent au niveau élevé de l'échelle de détresse psychologique chez les 15 à 24 ans et chez les 65 ans et plus a augmenté depuis 2008. Au chapitre des idées suicidaires, l'évolution depuis la dernière édition de l'enquête n'est pas significative pour l'ensemble de la population.

Des associations significatives ont aussi été détectées entre un niveau élevé sur l'échelle de détresse psychologique et la scolarité, l'occupation, la composition du ménage ou la mesure de faible revenu ; c'est particulièrement le cas des personnes sans DES, de celles sans emploi, des familles monoparentales ou des « autres ménages » et des ménages à faible revenu. Le fait de ne pas avoir d'emploi et le faible revenu sont également des catégories dans lesquelles les personnes sont proportionnellement plus nombreuses à avoir eu des idées suicidaires par rapport aux autres catégories.

RÉFÉRENCES

JULIEN, M., D. JULIEN et P. LAFONTAINE (2000). « Environnement de soutien », dans *Enquête sociale et de santé 1998*, 2e édition, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 25, p. 499-522.

KESSLER, R. C., et autres (2003). "Screening for Serious Mental Illness in the General Population", *Archives of General Psychiatry*, vol. 60, nº 2, p. 184-189.

KESSLER, R. C., G. ANDREWS, L. J. COLPE et autres (2002). "Short screening scales to monitor population prevalences and trends in nonspecific psychological distress", *Psychological Medicine*, vol. 32, nº 6, p. 959-976.

LÉGARÉ, G., M. GAGNÉ, C. ALIX et autres (2016). *La mortalité par suicide au Québec : 1981 à 2013 – Mise à jour 2016*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 24 p.

PARTIE 3

SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

Chapitre 14

BRUITS DANS L'ENVIRONNEMENT

Le bruit environnemental est défini comme le bruit émis par toutes sources excluant celles en milieu de travail (Organisation mondiale de la santé [OMS] 2011 ; Martin et autres, 2015).

Il comprend le bruit provenant de la circulation routière, du transport ferroviaire et aérien, des industries, des commerces, des chantiers de construction et des travaux et services publics ainsi que celui provenant des activités culturelles, de loisirs et de sports. Il comprend aussi les sources de bruit intérieur ou domestique, telles que les systèmes de ventilation ou de climatisation, les appareils ménagers et les sources de bruit issues du voisinage. Le bruit de la circulation routière est considéré comme étant le plus dérangeant par les Canadiens (Michaud et autres, 2005).

L'OMS soulève plusieurs effets défavorables du bruit environnemental sur la santé, entre autres, le déficit auditif, la perturbation du sommeil ou l'impact sur les fonctions physiologiques (ex. : stress, risque accru d'hypertension ou de maladies cardiaques) (Berglund et autres, 1999).

Différents facteurs peuvent moduler le dérangement, notamment des facteurs individuels tels que la sensibilité au bruit ou la peur de la source de bruit, et des facteurs sociaux comme la tolérance sur le plan culturel vis-à-vis de certaines activités bruyantes (Leroux et autres, 2010 ; Martin et autres, 2015).

Le bruit peut perturber le sommeil. Il est reconnu qu'un sommeil de qualité a des impacts positifs sur la santé (restauration physique et mentale) et qu'un sommeil perturbé ou insuffisant peut être associé notamment à de l'hypertension (OMS, 2011 ; Martin et autres, 2015).

À l'heure actuelle, peu de données existent au Québec pour documenter la problématique du bruit dans l'environnement et les désagréments que celui-ci engendre. Dans plusieurs études, afin d'estimer les impacts du bruit sur la santé et la qualité de vie, la mesure de la nuisance est utilisée comme une estimation de l'exposition, à défaut de mesures acoustiques (Babisch et autres, 2003 ; Ndrepepa et Twardella, 2011).

Dans l'EQSP 2014-2015, l'intensité des bruits et l'exposition à ceux-ci ne sont pas mesurées directement. C'est la gêne ressentie par la population qui est utilisée pour mesurer, pour la première fois, cette problématique à l'échelle de la population du Québec.

14.1 Dérangement à domicile créé par le bruit ambiant

QUE MESURE-T-ON ?

Le dérangement, ou la nuisance, créé par 10 sources de bruit différentes a été mesuré dans l'EQSP 2014-2015 auprès de la population générale de 15 ans et plus. Le répondant devait indiquer jusqu'à quel point chacune des 10 sources de bruit l'avait dérangé dans les 12 derniers mois, lorsqu'il était à la maison, sur une échelle de 0 (pas du tout) à 10 (extrêmement). Les personnes ayant obtenu un résultat de 8 ou plus sur l'échelle pour au moins une source de bruit sont considérées comme fortement dérangées par au moins une source de bruit (Leroux et autres, 2010). Les 10 sources de bruit utilisées sont les suivantes :

(BRU_1_1) Circulation routière, par exemple les autos, camions, motocyclettes ou autobus.

(BRU_1_2) Avions ou aéroport.

(BRU_1_3) Trains incluant sifflets, cours de triage, gare.

(BRU_1_4) Travaux ou chantiers de construction.

(BRU_1_5) Appareils de jardinage, tondeuse, pompe de piscine, climatiseur ou thermopompe.

(BRU_1_6) Personnes ou animaux à l'extérieur.

(BRU_1_7) Personnes ou animaux à l'intérieur d'un autre logement (appartement, condo, maison).

(BRU_1_8) Activité des bars, restaurants, discothèques ou salles de spectacles.

(BRU_1_9) Véhicules récréatifs hors route tels que motocross, VTT, quad, motoneige.

(BRU_1_10) Activités industrielles ou agricoles telles que les usines, carrières, parcs éoliens ou la machinerie.

QUE DISENT LES RÉSULTATS ?

Environ 16 % de la population québécoise est fortement dérangée à son domicile par au moins une source de bruit.

Sexe et âge

Les données de l'EQSP révèlent que les femmes le sont davantage que les hommes (19 % c. 14 %). Les personnes âgées de 25 à 64 ans sont proportionnellement plus nombreuses (17 %) à être fortement dérangées par le bruit que celles de 65 ans et plus (14 %) (tableau 14.1).

Tableau 14.1
Population fortement dérangée à son domicile par au moins une source de bruit au cours des 12 derniers mois selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2014-2015

	%
Total	16,4
Sexe	
Hommes	14,1[a]
Femmes	18,6[a]
Âge	
15-24 ans	15,5
25-44 ans	17,0[a]
45-64 ans	17,2[b]
65 ans et plus	14,5[a,b]

a, b : Pour une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions au seuil de 0,01.

Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

Scolarité, revenu, composition du ménage et occupation

Le fait d'être fortement dérangé à son domicile par le bruit ambiant n'est pas associé au niveau de scolarité de manière significative. Par contre, selon les estimations de l'EQSP 2014-2015 présentées au tableau 14.2, le fort dérangement créé par le bruit touche davantage les Québécois vivant dans un ménage à faible revenu (20 % c. 15 %).

L'analyse des données en fonction de la composition du ménage indique que les personnes vivant en couple avec ou sans enfant rapportent en moins grande proportion être fortement dérangées par le bruit (respectivement 14 % et 15 %) que les autres types de ménage.

Quant à l'occupation, les résultats montrent que ce sont les personnes sans emploi qui sont les plus incommodées par le bruit à domicile (23 %) (tableau 14.2).

Différentes sources de bruit

Dix sources de bruit sont documentées dans l'EQSP pour évaluer le dérangement ressenti par les individus. Le tableau 14.3 présente la proportion de la population qui est fortement dérangée par les diverses sources de bruit[1]. Les résultats tendent à montrer que les sources dérangeant le plus fortement la population sont les suivantes : circulation routière (4,1 %), travaux ou chantiers de construction (4,6 %), appareils de jardinage, tondeuse, pompe de piscine, climatiseur ou thermopompe (4,1 %) et personnes ou animaux à l'extérieur (3,6 %).

Tableau 14.2
Population fortement dérangée à son domicile par au moins une source de bruit au cours des 12 derniers mois selon certaines caractéristiques sociodémographiques, population de 15 ans et plus, Québec, 2014-2015

	%
Niveau de scolarité	
Niveau inférieur au DES	15,1
Diplôme d'études secondaires (DES)	17,3
Diplôme ou certificat d'études collégiales[1]	16,8
Diplôme d'études universitaires	16,2
Mesure de faible revenu	
Ménages à faible revenu	20,3[a]
Autres ménages	15,1[a]
Composition du ménage	
Personne vivant seule	20,5[a,b]
Couple sans enfant	14,8[a,c,d]
Couple avec enfants	14,5[b,e,f]
Famille monoparentale	20,0[c,e]
Autre	18,1[d,f]
Occupation principale	
Travailleurs	16,0[a]
Étudiants	16,9[b]
Personnes sans emploi	22,7[a,b]
Retraités	14,7[b]

a, b, c, d, e, f : Pour une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions au seuil de 0,01.

1. Cette catégorie inclut aussi le diplôme ou le certificat d'études d'une école de métiers ou de formation professionnelle.

Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

1. La comparaison des sources n'a pas été faite pour pouvoir avancer qu'une proportion est statistiquement différente d'une autre, c'est-à-dire qu'une source de bruit dérange plus qu'une autre.

Tableau 14.3
Sources de bruit dérangeant fortement la population à son domicile au cours des 12 derniers mois selon le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 2014-2015

	Total	Hommes	Femmes
		%	
Circulation routière, par exemple les autos, camions, motocyclettes ou autobus	**4,1**	3,4[a]	4,7[a]
Avions ou aéroport	**2,0**	1,9	2,2
Trains incluant sifflets, cours de triage, gare	**1,8**	1,6	2,0
Travaux ou chantiers de construction	**4,6**	3,6[a]	5,5[a]
Appareils de jardinage, tondeuse, pompe de piscine, climatiseur ou thermopompe	**4,1**	3,1[a]	5,1[a]
Personnes ou animaux à l'extérieur	**3,6**	3,0[a]	4,1[a]
Personnes ou animaux à l'intérieur d'un autre logement (appartement, condo, maison)	**3,0**	2,5[a]	3,4[a]
Activité des bars, restaurants, discothèques ou salles de spectacles	**0,8**	0,8	0,8
Véhicules récréatifs hors route tels que motocross, VTT, quad, motoneige	**2,2**	1,9[a]	2,5[a]
Activités industrielles ou agricoles telles que les usines, carrières, parcs éoliens ou la machinerie	**1,0**	0,9	1,1

a : Pour une source donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les hommes et les femmes au seuil de 0,01.

Notes : Il n'est pas souhaitable de comparer les différentes sources de bruit entre elles car aucun test n'a été fait pour déterminer si une source dérange plus qu'une autre. Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

14.2 Perturbation du sommeil par le bruit

QUE MESURE-T-ON ?

La fréquence à laquelle les bruits ambiants sont venus troubler le sommeil au cours des 12 derniers mois est mesurée dans la population de 15 ans et plus avec la question suivante :

(BRU_2) En vous référant aux 12 derniers mois, quand vous étiez chez vous, est-ce que le bruit ambiant a perturbé ou dérangé la qualité de votre sommeil (par exemple ne pas réussir à s'endormir ou se faire réveiller) ? *Souvent, à l'occasion, rarement, jamais.*

QUE DISENT LES RÉSULTATS ?

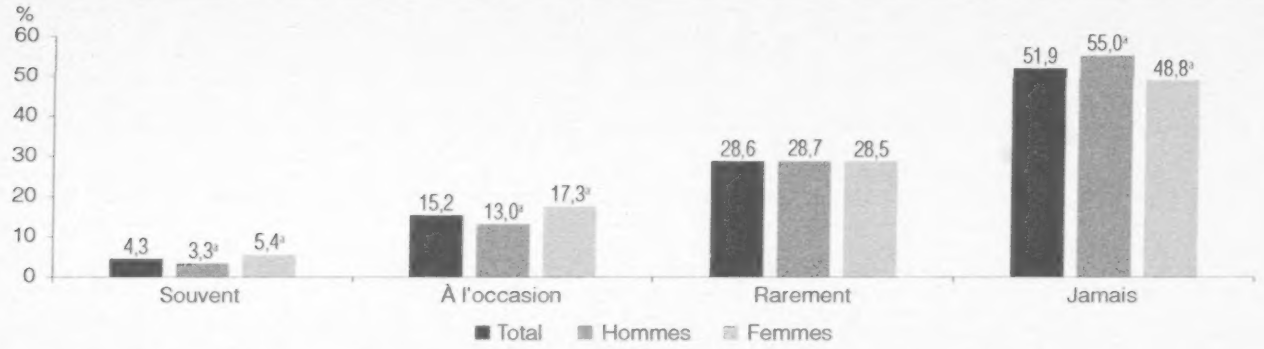
Un peu plus de la moitié de la population n'a jamais eu le sommeil perturbé par les divers bruits ambiants à la maison (52 %). Un peu moins de 5 % des Québécois subissent souvent des perturbations de leur sommeil et 15 %, à l'occasion (figure 14.1).

Sexe et âge

Selon l'EQSP 2014-2015, les femmes sont en proportion plus nombreuses à déclarer être souvent (5 %) ou à l'occasion (17 %) dérangées durant leur sommeil par le bruit que les hommes (souvent : 3,3 % ; à l'occasion : 13 %). En outre, les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à considérer que leur sommeil n'est jamais altéré par le bruit (55 % c. 49 %).

En s'attardant aux personnes dont le sommeil est dérangé souvent par le bruit, on observe que les personnes de 65 ans et plus affichent une proportion moins élevée (2,5 %) que les autres groupes d'âge (tableau 14.4).

Figure 14.1
Fréquence de la perturbation du sommeil par le bruit à domicile au cours des 12 derniers mois selon le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 2014-2015



a : Pour une fréquence donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les hommes et les femmes au seuil de 0,01.
Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

Tableau 14.4
Fréquence de la perturbation du sommeil par le bruit à domicile au cours des 12 derniers mois selon l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2014-2015

	Souvent	À l'occasion	Rarement	Jamais
	%			
Âge				
15-24 ans	4,6[a]	14,8[a]	30,7[a]	49,9[a]
25-44 ans	5,3[b]	17,3[a,b]	31,2[b]	46,1[a,b]
45-64 ans	4,4[b]	15,6[b]	28,1[b]	52,0[b]
65 ans et plus	2,5[a,b]	11,2[a,b]	23,5[a,b]	62,8[a,b]

a, b : Le même exposant exprime une différence significative entre les proportions d'une même colonne au seuil de 0,01.
Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

Scolarité, revenu, composition du ménage et occupation

Si l'enquête ne permet pas de détecter d'écarts significatifs selon le niveau de scolarité parmi les personnes dont le sommeil est souvent dérangé par le bruit, on observe néanmoins que la plus forte proportion de la population à n'avoir jamais le sommeil dérangé par le bruit se retrouve parmi les moins scolarisés (58 %), comparativement à la population plus scolarisée (de 54 % à 47 %). Si l'on considère seulement les personnes dont le sommeil est dérangé souvent par le bruit, une plus grande proportion est notée dans les ménages à faible revenu (6 % c. 3,8 %) et chez les personnes sans emploi (8 %) (tableau 14.5).

ÉVOLUTION DEPUIS 2008

L'EQSP mesure pour la première fois, en 2014-2015, le dérangement par le bruit ambiant ; par conséquent, aucune comparaison ne peut être faite avec l'EQSP 2008.

Tableau 14.5
Fréquence de la perturbation du sommeil par le bruit à domicile au cours des 12 derniers mois selon certaines caractéristiques sociodémographiques, population de 15 ans et plus, Québec, 2014-2015

	Souvent	À l'occasion	Rarement	Jamais
	%			
Niveau de scolarité				
Niveau inférieur au DES	3,9	12,1[a,b,c]	25,5[a,b]	58,5[a]
Diplôme d'études secondaires (DES)	4,3	15,3[a]	26,3[c,d]	54,0[a]
Diplôme ou certificat d'études collégiales[1]	4,4	16,1[b]	30,0[a,c]	49,6[a]
Diplôme d'études universitaires	4,6	16,7[c]	31,5[b,d]	47,1[a]
Mesure de faible revenu				
Ménages à faible revenu	6,1[a]	15,9	27,0[a]	50,9
Autres ménages	3,8[a]	15,0	29,1[a]	52,1
Composition du ménage				
Personne vivant seule	6,4[a]	16,5[a,b]	25,9[a,b]	51,2[a]
Couple sans enfant	3,0[a,b,c]	14,3[a,c,d]	27,8[c]	54,9[a,b,c]
Couple avec enfants	3,7[a,b,c]	14,5[b,e]	30,5[a,c,d]	51,2[b]
Famille monoparentale	5,7[b]	17,8[c,e]	26,9[d]	49,6[c]
Autre	5,9[c]	16,6[d]	29,7[b]	47,8[a,b]
Occupation principale				
Travailleurs	4,3[a]	16,2[a]	29,8[a,b]	49,7[a]
Étudiants	5,4[b]	15,2[b]	31,9[c,d]	47,5[b]
Personnes sans emploi	7,7[a,b]	16,9[c]	26,4[a,c]	49,1[c]
Retraités	2,7[a,b]	12,1[a,b,c]	23,7[b,d]	61,6[a,b,c]

a, b, c, d, e : Pour une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions d'une même colonne au seuil de 0,01.

1. Cette catégorie inclut aussi le diplôme ou le certificat d'études d'une école de métiers ou de formation professionnelle.

Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

À RETENIR

Environ 16 % de la population de 15 ans et plus se dit fortement dérangée par au moins une des sources de bruit environnemental mesurées dans l'enquête.

Les sources de bruit qui dérangent fortement les Québécois de 15 ans et plus lorsqu'ils sont à la maison sont : les travaux de construction, la circulation routière et les appareils de jardinage, la tondeuse, la pompe de piscine, le climatiseur ou la thermopompe.

Une personne sur cinq vivant dans un ménage à faible revenu se considère fortement dérangée par au moins une source de bruit dans son environnement.

Les personnes de 65 ans et plus dont le sommeil est dérangé souvent par le bruit présentent une moins grande proportion que les autres groupes d'âge, tandis que celles dont le ménage est à faible revenu affichent une proportion plus élevée que les personnes des autres ménages.

RÉFÉRENCES

BABISCH, W., H. ISING et J. E. GALLACHER (2003). "Health status as a potential effect modifier of the relation between noise annoyance and incidence of ischaemic heart disease", *Occupational and environmental medicine*, vol. 6, n° 10, p. 739-745.

BERGLUND, B., T. LINDVALL et D. H. SCHWELA (1999). *Guidelines for Community Noise*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 20 p.

LEROUX, T., M. GENDRON et P. ANDRÉ (2010). *Enquête socio-acoustique sur le bruit causé par la circulation des motoneiges*, Montréal, Université de Montréal, 207 p.

MARTIN, R., P. DESHAIES et M. POULIN (2015). *Avis pour une politique québécoise de lutte au bruit environnemental : pour des environnements sonores sains*, Institut national de santé publique du Québec, 267 p. [En ligne]. [www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2048_politique_lutte_bruit_environnemental.pdf] (Consulté le 30 mai 2016).

MICHAUD, D. S., S. E. KEITH et D. McMURPHY (2005). "Noise Annoyance in Canada", *Noise and Health*, vol. 7, n° 27, p. 39-47.

NDREPEPA, A., et D. TWARDELLA (2011). "Relationship between noise annoyance from road traffic noise and cardiovascular diseases : a meta-analysis", *Noise and Health*, vol. 13, n° 52, p. 251-259.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2011). *Burden of disease from environmental noise. Quantification of healthy life years lost in Europe*, Copenhagen, Regional Office for Europe - World Health Organization (WHO), 106 p. [En ligne]. [www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/e94888.pdf?ua=1] (Consulté le 27 janvier 2016).

Chapitre 15

RHINITE ALLERGIQUE

La rhinite allergique est une maladie qui peut survenir à la suite d'une exposition à des allergènes ; en effet, ces derniers causent une inflammation de la muqueuse nasale. Les principaux symptômes s'observent dans le nez (ex. : éternuements, écoulement nasal), la gorge (picotements) et les yeux (ex. : larmoiements). La rhinite allergique saisonnière (souvent appelée rhume des foins) se caractérise par des symptômes qui surviennent à certaines périodes de l'année seulement et se distingue de la rhinite allergique persistante. Les symptômes de la rhinite allergique saisonnière sont souvent associés aux allergènes présents dans l'air extérieur, généralement transportés par le vent (ex. : pollens), alors que ceux de la rhinite allergique persistante sont plus souvent occasionnés par des allergènes présents dans l'air intérieur (ex. : acariens, animaux). Les symptômes peuvent avoir un impact sur la qualité de vie, entre autres à cause des troubles de sommeil, de la perte de productivité et de l'absentéisme au travail ou à l'école. D'ailleurs, en 2008, l'EQSP a permis d'estimer que 23 % des personnes qui ont eu des symptômes de rhinite allergique ont été limitées dans leurs activités quotidiennes (Canuel et Lebel, 2014). La rhinite allergique saisonnière, en plus d'entraîner une inflammation de la muqueuse nasale et souvent des symptômes oculaires, est associée à l'asthme et peut causer des crises plus sévères (Bousquet et autres, 2001).

L'individu ne peut pas toujours se protéger d'une exposition aux allergènes présents dans l'environnement. Toutefois, des mesures individuelles peuvent être prises et certains médicaments permettent d'alléger les symptômes. Des campagnes de sensibilisation et d'éradication de l'herbe à poux sont également effectuées dans des municipalités ou dans certains quartiers. En effet, parmi les personnes qui présentent des symptômes de rhinite allergique, ce sont les pollens, principalement l'herbe à poux, qui déclenchent le plus souvent les symptômes (MSSS, 2011). D'ailleurs, la prévalence des symptômes de l'allergie à l'herbe à poux est plus élevée dans les régions où l'herbe à poux est abondante (Canuel et Lebel, 2012).

15.1 Symptômes de la rhinite allergique

QUE MESURE-T-ON?

Les personnes ayant eu des symptômes de rhinite allergique au cours des 12 derniers mois sont celles ayant répondu « *Oui* » aux deux questions suivantes[1] :

(RHI_1) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des éternuements, le nez qui coule ou le nez bouché alors que vous n'aviez pas de rhume ou de grippe ?

(RHI_2) Au cours des 12 derniers mois, ces problèmes de nez étaient-ils accompagnés de larmoiements (yeux qui coulent) et de démangeaisons aux yeux (envie de se frotter les yeux) ?

1. Ces questions sont basées sur le questionnaire de l'étude ISAAC (Étude internationale de l'asthme et des allergies chez l'enfant) (Asher et autres, 1995).

QUE DISENT LES RÉSULTATS ?

Selon l'EQSP 2014-2015, environ 18 % de la population québécoise de 15 ans et plus a ressenti des symptômes de rhinite allergique (tableau 15.1).

Sexe et âge

En proportion, davantage de femmes que d'hommes disent avoir présenté des symptômes de rhinite allergique au cours des 12 derniers mois (20 % c. 16 %). Ce sont les personnes de 65 ans et plus qui sont les moins touchées par le phénomène (12 %). Notons enfin qu'entre 15 et 44 ans, près d'un Québécois sur cinq rapporte des symptômes de rhinite allergique au cours des 12 derniers mois (tableau 15.1).

Tableau 15.1
Symptômes de rhinite allergique au cours des 12 derniers mois selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2014-2015

	%
Total	**17,8**
Sexe	
Hommes	15,9[a]
Femmes	19,7[a]
Âge	
15-24 ans	19,2[a]
25-44 ans	20,9[b]
45-64 ans	17,6[b]
65 ans et plus	12,1[a,b]

a, b : Pour une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions au seuil de 0,01.

Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

Scolarité, revenu et occupation

Selon les données de l'EQSP 2014-2015, les Québécois n'ayant pas de diplôme d'études secondaires sont proportionnellement moins nombreux (13 %) que ceux plus scolarisés à avoir des symptômes de rhinite allergique ; c'est également le cas des personnes vivant dans un ménage à faible revenu (16 %) et des retraités (13 %) (tableau 15.2).

Tableau 15.2
Symptômes de rhinite allergique au cours des 12 derniers mois selon certaines caractéristiques sociodémographiques, population de 15 ans et plus, Québec, 2014-2015

	%
Niveau de scolarité	
Niveau inférieur au DES	13,5[a,b]
Diplôme d'études secondaires (DES)	17,2[a,b]
Diplôme ou certificat d'études collégiales[1]	20,1[a]
Diplôme d'études universitaires	19,7[b]
Mesure de faible revenu	
Ménages à faible revenu	15,8[a]
Autres ménages	18,5[a]
Composition du ménage	
Personne vivant seule	16,5[a]
Couple sans enfant	16,5[b]
Couple avec enfants	19,1[a,b]
Famille monoparentale	19,2
Autre	18,4
Occupation principale	
Travailleurs	19,0[a]
Étudiants	19,2[b]
Personnes sans emploi	18,6[c]
Retraités	13,4[a,b,c]

a, b, c : Pour une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions au seuil de 0,01.

1. Cette catégorie inclut aussi le diplôme ou le certificat d'études d'une école de métiers ou de formation professionnelle.

Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

ÉVOLUTION DEPUIS 2008

L'indicateur est affecté par le mode de collecte. Les comparaisons avec l'EQSP 2008 doivent donc être faites en utilisant les estimations du volet téléphonique seulement de l'édition 2014-2015 (voir chapitre 1, section 1.5.3).

La prévalence de la population québécoise de 15 ans et plus ayant ressenti des symptômes de rhinite allergique ne varie pas significativement par rapport à celle observée en 2008[2] (17 %) (donnée non illustrée).

15.2 Diagnostic de rhinite allergique

QUE MESURE-T-ON ?

Cet indicateur est créé à partir de la combinaison de trois questions :

Un médecin vous a-t-il déjà dit que :

(RHI_5_1) Vous souffriez de rhinite allergique ?

(RHI_5_2) Vous souffriez du rhume des foins ?

(RHI_5_3) Vous étiez allergique à l'herbe à poux ?

Les personnes ayant reçu un diagnostic de rhinite allergique sont celles ayant répondu « *Oui* » à au moins une des questions.

QUE DISENT LES RÉSULTATS ?

Selon l'EQSP 2014-2015, la proportion de la population québécoise de 15 ans et plus ayant reçu un diagnostic de rhinite allergique au cours de sa vie de la part d'un médecin est estimée à 17 % (tableau 15.3).

Sexe et âge

Près d'une femme sur cinq (19 %) a déjà reçu un diagnostic de rhinite allergique de la part d'un médecin, comparativement à 15 % des hommes. Tout comme pour la prévalence des symptômes, le diagnostic est moins répandu chez les personnes de 65 ans et plus. Les Québécois de 25-44 ans sont proportionnellement plus nombreux à avoir reçu un diagnostic de rhinite allergique (21 %) (tableau 15.3).

Tableau 15.3
Diagnostic de rhinite allergique à vie selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2014-2015

	%
Total	**17,1**
Sexe	
Hommes	15,3[a]
Femmes	18,8[a]
Âge	
15-24 ans	16,9[a]
25-44 ans	20,7[a,b]
45-64 ans	17,3[b]
65 ans et plus	10,8[a,b]

a, b : Pour une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions au seuil de 0,01.

Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

Scolarité, revenu, composition du ménage et occupation

Une proportion plus faible de personnes ayant reçu un diagnostic médical de rhinite allergique au cours de leur vie est observée chez celles ayant un niveau de scolarité inférieur au DES (11 %), chez celles dont le revenu du ménage est faible (14 %) et chez les personnes qui sont à la retraite (12 %) (tableau 15.4).

En contrepartie, on estime qu'il y a proportionnellement plus de Québécois présentant un diagnostic de rhinite allergique à vie chez ceux ayant fait des études collégiales (19 %) ou universitaires (21 %), chez les travailleurs (19 %) et chez ceux dont le ménage est composé d'un couple avec enfants (19 %)[3] (tableau 15.4).

2. Selon les tests effectués en utilisant les estimations comparables, aucun changement significatif n'est observé par rapport à l'EQSP 2008 (17 % en 2008 et 16 % dans le volet téléphonique seulement de 2014-2015).

3. La catégorie « famille monoparentale » ne se distingue toutefois pas du « couple avec enfants ».

Tableau 15.4
Diagnostic de rhinite allergique à vie selon certaines caractéristiques sociodémographiques, population de 15 ans et plus, Québec, 2014-2015

	%
Niveau de scolarité	
Niveau inférieur au DES	11,1[a,b]
Diplôme d'études secondaires (DES)	15,7[a,b]
Diplôme ou certificat d'études collégiales[1]	19,2[a]
Diplôme d'études universitaires	20,8[b]
Mesure de faible revenu	
Ménages à faible revenu	13,7[a]
Autres ménages	18,1[a]
Composition du ménage	
Personne vivant seule	14,7[a,b]
Couple sans enfant	15,8[c]
Couple avec enfants	19,3[a,c,d]
Famille monoparentale	18,0[b]
Autre	15,9[d]
Occupation principale	
Travailleurs	19,1[a,b]
Étudiants	16,7[a]
Personnes sans emploi	16,2[b]
Retraités	11,9[a,b]

a, b, c, d: Pour une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions au seuil de 0,01.

1. Cette catégorie inclut aussi le diplôme ou le certificat d'études d'une école de métiers ou de formation professionnelle.

Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2014-2015*.

ÉVOLUTION DEPUIS 2008

L'indicateur est affecté par le mode de collecte. Les comparaisons avec l'EQSP 2008 doivent donc être faites en utilisant les estimations du volet téléphonique seulement de l'édition 2014-2015 (voir chapitre 1, section 1.5.3).

La proportion de la population ayant reçu un diagnostic de rhinite allergique à vie est similaire à celle de 2008[4] (17 %) (donnée non illustrée).

15.3 Prévalence combinée de la rhinite allergique

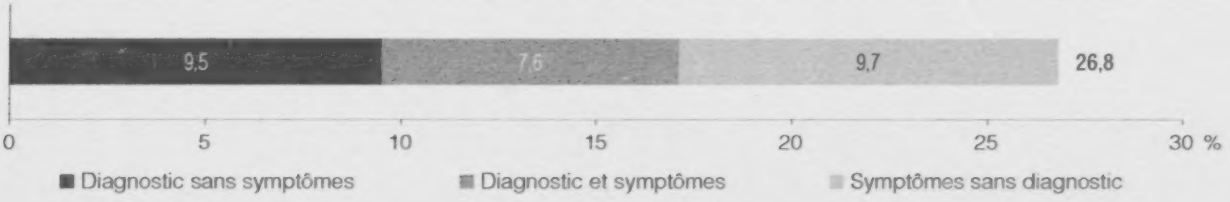
QUE MESURE-T-ON ?

Cet indicateur provient de la combinaison des deux indicateurs précédents et permet de répartir la population selon la présence de symptômes de rhinite allergique au cours des 12 derniers mois, et selon le fait d'avoir déjà reçu un diagnostic de rhinite allergique. Il est alors possible de voir dans quelle mesure ces deux populations réfèrent ou non aux mêmes personnes.

QUE DISENT LES RÉSULTATS ?

On peut voir à la figure 15.1 que 8 % de la population a reçu au cours de sa vie un diagnostic médical de rhinite allergique et a éprouvé des symptômes de cette maladie au cours des 12 derniers mois. Environ 10 % ont reçu

Figure 15.1
Prévalence combinée de la rhinite allergique en fonction des personnes qui ont présenté des symptômes de rhinite allergique au cours des 12 derniers mois et celles ayant déjà reçu au cours de leur vie un diagnostic médical de rhinite allergique, population de 15 ans et plus, Québec, 2014-2015



Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2014-2015*.

4. Selon les tests effectués en utilisant les estimations comparables, aucun changement significatif n'est observé par rapport à l'EQSP 2008 (17 % en 2008 et 17 % dans le volet téléphonique seulement de 2014-2015).

un tel diagnostic sans avoir de symptômes durant la dernière année, alors qu'un autre 10 % de la population a rapporté des symptômes de rhinite, mais n'a pas reçu de diagnostic médical. On constate donc que les personnes qui ont reçu un diagnostic médical de rhinite allergique ne rapportent pas toujours des symptômes. Inversement, celles qui rapportent des symptômes de rhinite allergique n'ont pas forcément reçu un diagnostic médical. En combinant tous ces profils, c'est une proportion d'environ 27 % de la population québécoise qui serait touchée par la rhinite allergique.

À RETENIR

La prévalence de la population ayant eu des symptômes de rhinite allergique et la prévalence de celle qui a reçu un diagnostic ne sont pas significativement différentes des estimations obtenues lors de la première édition de l'EQSP en 2008.

Les personnes âgées de 65 ans et plus sont moins affectées par la rhinite allergique (diagnostic ou symptômes) que la population de 15 à 64 ans. Également, les Québécois n'ayant pas de diplôme d'études secondaires sont proportionnellement moins nombreux que ceux plus scolarisés à avoir des symptômes de rhinite allergique ou à avoir reçu un diagnostic. Enfin, les personnes à faible revenu de même que les personnes à la retraite sont moins nombreuses, en proportion, à présenter des symptômes de rhinite ou à avoir reçu un diagnostic de la part d'un médecin.

D'AUTRES ANALYSES POSSIBLES

Certains indicateurs n'ayant pas été traités dans le présent chapitre peuvent aussi faire l'objet d'analyses au moyen des données de l'EQSP 2014-2015. Par exemple, les facteurs déclenchant les symptômes, les mois de l'année au cours desquels les symptômes se manifestent et les limitations d'activités attribuables aux symptômes d'allergie.

RÉFÉRENCES

ASHER, M. I., et autres (1995). "International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC): rationale and methods", *European respiratory journal*, vol. 8, nº 3, p. 483-491.

BOUSQUET, J., et autres (2001). "Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma, ARIA Workshop Report", *The Journal of Allergy and Clinical Immunology*, vol. 108, nº 5, p. 198-201.

CANUEL, M., et G. LEBEL (2014). « Épidémiologie de la rhinite allergique au Québec d'après une enquête populationnelle de 2008 », *Maladies chroniques et blessures au Canada*, vol. 34, nºs 2-3, p. 179-184.

CANUEL, M., et G. LEBEL (2012). *Prévalence des symptômes et du diagnostic de la rhinite allergique chez les 15 ans et plus au Québec, 2008*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 61 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (MSSS) (2011). *La rhinite allergique au Québec*, Québec, Direction des communications, 14 p.

PARTIE 4

SANTÉ AU TRAVAIL

L'édition 2014-2015 de l'EQSP s'est enrichie de questions sur la santé au travail compte tenu de la non-reconduction de l'Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi et de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST) réalisée conjointement par l'IRSST, l'INSPQ et l'ISQ. L'EQSP permet donc la mise à jour de plusieurs indicateurs portant sur les conditions de travail et la santé des travailleurs québécois en plus d'offrir une représentativité régionale et locale des résultats.

Rappelons que l'EQCOTESST 2007-2008 visait à produire une meilleure connaissance des conditions de travail, d'emploi et de santé et de sécurité du travail (SST) des travailleurs québécois ainsi que des facteurs de risque auxquels ceux-ci sont exposés dans le cadre de leur travail afin de pouvoir soutenir stratégiquement les orientations de recherche et d'intervention en santé et sécurité du travail au Québec (Vézina et autres, 2011[1]).

Afin de mettre l'accent sur le potentiel d'analyse des nouveaux indicateurs, nous décrivons seulement les nouvelles thématiques en lien avec la santé au travail (à l'exception de la thématique des contraintes du travail déjà abordée dans l'EQSP 2008). Ainsi, cette partie du rapport se divise en sept chapitres :

- Caractéristiques de la population des travailleurs (ce chapitre présente les indicateurs qui sont ensuite repris en tant que variables de croisement dans les chapitres subséquents) ;
- Conciliation travail-famille ;
- Harcèlement psychologique au travail ;
- Détresse psychologique au travail ;
- Contraintes physiques ;
- Troubles musculosquelettiques (TMS) d'origine non traumatique liés au travail ;
- Surdité attribuable au travail.

D'AUTRES POSSIBILITÉS D'ANALYSES

En plus de ces nouvelles thématiques, quelques indicateurs se retrouvent à nouveau dans l'EQSP 2014-2015 :

- Conditions de travail : nombre d'heures de travail, type de travail (permanent, temporaire, salarié, à son compte, syndiqué), nombre d'employés sur le lieu de travail, municipalité de travail ;
- Environnement organisationnel : niveau de soutien au travail, tension au travail, exigences psychologiques, niveau d'autorité décisionnelle, niveau de reconnaissance, etc. ;
- Environnement physique et conditions ambiantes ;
- TMS selon la région corporelle, le lien avec le travail, l'aspect traumatique ou non traumatique ;
- Nombre de jours d'absence du travail dus à des douleurs ;
- Source du harcèlement psychologique.

1. VÉZINA, M., et autres (2011), *Enquête québécoise sur des condtions de travail, d'emploi et de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST)*, Québec, Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail, Institut national de santé publique du Québec et Institut de la statistique du Québec, 986 p.

Chapitre 16

CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION DES TRAVAILLEURS

QUE MESURE-T-ON?

La question SAT1_1 permet de savoir si la personne se classe ou non dans la catégorie « travailleur actuel » :

> « Occupez-vous présentement un ou plusieurs emploi(s) rémunéré(s), à temps plein ou à temps partiel, salarié ou à votre compte, y compris si vous êtes actuellement en vacances, en congé parental, en congé de maladie incluant les accidents de travail, en grève ou en lock-out? ».

Dans un deuxième temps, on demande à toutes les personnes classées dans cette catégorie de décrire le genre d'entreprise (SAT1_9_1P) et le genre de travail (SAT1_9_2P) qu'elles font en indiquant leurs tâches ou activités principales.

La question ouverte SAT1_9_1P a été codifiée (quatre chiffres) selon les codes du *Système de classification des industries de l'Amérique du Nord* (SCIAN) de 2012 (Statistique Canada, 2012), afin d'obtenir le secteur d'activité économique. Adopté par Statistique Canada et par les agences concernées aux États-Unis et au Mexique, le SCIAN constitue un cadre normalisé qui permet d'établir des définitions communes quant à la structure industrielle nord-américaine et au cadre statistique pour l'analyse économique.

De la même façon, la réponse à la question SAT1_9_2P a été codifiée selon les codes de la Classification nationale des professions (CNP) (Développement des ressources humaines Canada, 2011), afin d'obtenir le type de profession et la catégorie professionnelle. La CNP constitue également un cadre normalisé et permet de structurer le monde du travail des Canadiens selon les professions qu'on y retrouve.

Le secteur d'activité économique permet de classifier les travailleurs selon quatre types de secteurs dans lesquels ils œuvrent au moment de l'enquête :

Secteur primaire : agriculture, foresterie, pêche et chasse, extraction minière et extraction de pétrole et gaz.

Construction : construction.

Fabrication : secteur manufacturier.

Services : services publics, commerce de gros, commerce de détail, transport et entreposage, industrie de l'information et industrie culturelle, finance et assurances, services immobiliers et services de location et de location à bail, services professionnels, scientifiques et techniques, gestion de sociétés et d'entreprises, services (administratifs, soutien, gestion des déchets, assainissement), services d'enseignement, soins de santé et assistance sociale, arts, spectacles et loisirs, hébergement et services de restauration, autres services (sauf administrations publiques), administrations publiques.

Le type de profession est un indicateur qui permet de classifier les travailleurs en trois catégories selon le type de travail qu'ils font :

Travailleur manuel : celui qui exerce un métier exigeant la manipulation de charges lourdes ou moyennes sur une base régulière (ex. : les travailleurs forestiers, les mineurs et la grande majorité des travailleurs des industries de transformation). Les personnes qui manipulent des charges plus légères mais doivent travailler en utilisant une posture statique continue (ex. : les opératrices de machine à coudre) OU qui effectuent un travail répétitif continu (ex. : les travailleurs des abattoirs) sont également incluses dans cette catégorie.

Travailleur non manuel : celui qui exerce un métier où la charge manipulée et l'activité physique sont des aspects négligeables. Ce groupe est composé notamment de directeurs et d'administrateurs, de travailleurs des sciences naturelles et sociales, d'enseignants et de la majorité du personnel administratif.

Travailleur mixte : celui qui exerce un métier nécessitant à la fois la manipulation de charges légères et une posture statique discontinue OU qui manipule occasionnellement une charge lourde ou moyenne (ex. : les infirmières auxiliaires, les vétérinaires, les pompiers et l'ensemble des contremaîtres supervisant les travailleurs des industries de transformation). Les personnes qui effectuent un travail exigeant de nombreux mouvements et manipulations avec une charge légère OU qui effectuent un travail répétitif discontinu (ex. : les coiffeurs, barmen, magasiniers et ordonnanciers) sont également comprises dans cette catégorie.

Définitions provenant de Hébert et autres, 2003 (p. 100) cité dans Vézina et autres, 2011 (p. 115).

La catégorie professionnelle est un indicateur, également établi à partir des codes de la CNP de 2011, qui permet de classifier les travailleurs en cinq catégories selon le type de travail qu'ils font, correspondant au niveau de compétence de la matrice de la CNP :

Gestion : cadres supérieurs et intermédiaires et autres directeurs.

Professionnels : Une formation universitaire caractérise habituellement les professions. Professionnels (médecin, professeur, professionnel en génie mécanique, en arts plastiques, etc.).

Technique : Une formation collégiale ou un programme d'apprentissage caractérise habituellement les professions. Personnel technique en secrétariat, en soins dentaires, en graphisme, policiers, mécaniciens, superviseurs des ventes au détail, opérateurs de poste de contrôle, etc.

Intermédiaire : Une formation de niveau secondaire ou une formation spécifique ou les deux types de formation caractérisent les professions. Personnel de soutien administratif, personnel de soutien des services de santé, représentants des ventes, manutentionnaires, opérateurs de machinerie, etc.

Élémentaire : Une formation en cours d'emploi caractérise habituellement les professions. Personnel de soutien des ventes, manœuvres, personnel et ouvriers non qualifiés, etc.

QUE DISENT LES RÉSULTATS?

Selon l'EQSP 2014-2015, environ 61 % des Québécois de 15 ans et plus occupent un ou plusieurs emplois rémunérés.

Sexe et âge

Les hommes sont proportionnellement plus nombreux à travailler que les femmes (65 % c. 58 %) (tableau 16.1). Environ 85 % des personnes de 25 à 44 ans occupent une place sur le marché du travail ; cette proportion est plus élevée que dans les autres groupes : les 15-24 ans (60 %), les 45-64 ans (70 %) et les 65 ans et plus (10 %).

Tableau 16.1
Travailleurs actuels selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2014-2015

	%
Total	**61,4**
Sexe	
Hommes	64,7[a]
Femmes	58,0[a]
Âge	
15-24 ans	60,3[a]
25-44 ans	85,0[a]
45-64 ans	69,6[a]
65 ans et plus	10,1[a]

a : Pour une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions au seuil de 0,01.

Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

Secteur d'activité économique et catégorie professionnelle

Une grande majorité des personnes occupent un emploi dans les services (80 %) (tableau 16.2). Proportionnellement plus de femmes que d'hommes occupent un emploi dans ce secteur (91 % c. 71 %). En revanche, ces derniers sont plus nombreux que les femmes dans le secteur de la fabrication (16 % c. 7 %), celui de la construction (10 % c. 1,3 %) et dans le secteur primaire (3,2 % c. 1,1 %).

Une plus grande proportion de femmes que d'hommes exercent une profession non manuelle (55 % c. 43 %) ou mixte (32 % c. 21 %) (tableau 16.2). Les hommes sont, quant à eux, proportionnellement plus nombreux que les femmes à exercer une profession manuelle (35 % c. 12 %).

Environ une personne sur trois a une profession de catégorie « technique » (32 %) ou « intermédiaire » (29 %) (tableau 16.2). Une plus grande proportion d'hommes que de femmes font partie des catégories « gestion » (8 % c. 4,4 %) et « technique » (34 % c. 30 %). À l'inverse, les femmes sont plus nombreuses dans la catégorie « professionnels » (25 % c. 18 %).

Tableau 16.2
Répartition des travailleurs selon certaines caractéristiques du travail, le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 2014-2015

	Total	Hommes	Femmes	15-24 ans	25-44 ans	45-64 ans	65 ans et plus
				%			
Secteur d'activité économique							
Secteur primaire[1]	2,2	3,2[a]	1,1[a]	2,1	1,8[a,b]	2,5[a]	3,6*[b]
Construction	5,9	10,1[a]	1,3[a]	5,3	6,2	5,8	5,1*
Fabrication	11,6	16,0[a]	6,6[a]	6,7 [a,b]	11,0[a,c]	14,1[b,c,d]	9,0 [d]
Services	80,4	70,7[a]	91,0[a]	85,9 [a,b]	81,0[a,c]	77,6[b,c,d]	82,3 [d]
Type de profession							
Manuel	24,4	35,4[a]	12,3[a]	28,0 [a]	20,5[a,b]	27,5[b]	23,3
Non manuel	49,2	43,4[a]	55,4[a]	22,4 [a,b]	56,4[a,b]	50,6[a]	50,7 [b]
Mixte	26,5	21,2[a]	32,2[a]	49,7 [a,b,c]	23,1[a]	21,9[b]	26,0 [c]
Catégorie professionnelle							
Gestion[2]	6,1	7,6[a]	4,4[a]	1,1** [a,b,c]	6,1[a,d]	7,8[b,d]	7,9 [c]
Professionnels	21,4	18,2[a]	24,8[a]	8,1 [a,b]	27,6[a,b]	19,4[a]	18,3 [b]
Technique	32,0	34,0[a]	29,9[a]	27,8 [a,b]	33,8[a,c]	32,2[b,d]	26,1 [c,d]
Intermédiaire	29,4	29,2	29,7	33,4 [a]	26,0[a,b,c]	31,2[b,d]	37,5 [c,d]
Élémentaire	11,1	11,0	11,1	29,7 [a,b]	6,5[a,b]	9,5[a]	10,2 [b]

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 % ; estimation imprécise, fournie à titre indicatif seulement.

a, b, c, d : Pour une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les hommes et les femmes ou entre les groupes d'âge au seuil de 0,01.

1. Agriculture, pêche, exploitation forestière et minière.

2. Cadres supérieurs et intermédiaires et autres directeurs.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

RÉFÉRENCES

DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES CANADA (2011). *Matrice de la classification nationale des professions 2011*, CNP, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, [En ligne]. [www5.hrsdc.gc.ca/noc/francais/cnp/2011/html/Matrice.html] (Consulté le 29 juillet 2016).

HÉBERT, F., et autres (2003). *Les indicateurs de lésions indemnisées en santé et en sécurité du travail au Québec : analyse par secteur d'activité économique en 1995-1997. Rapport R-333*, Montréal, Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail, 229 p. (Études et recherches).

STATISTIQUE CANADA (2012). *Système de classification des industries de l'Amérique du Nord (SCIAN) Canada 2012*, Ottawa, Statistique Canada, [En ligne]. [www.statcan.gc.ca/fra/sujets/norme/scian/2012/introduction] (Consulté le 29 juillet 2016).

VÉZINA, M., et autres (2011). *Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi et de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST)*, Québec, Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail, Institut national de santé publique du Québec et Institut de la statistique du Québec, 986 p.

Chapitre 17

CONCILIATION TRAVAIL-FAMILLE

La conciliation travail-famille fait référence à la recherche de l'équilibre entre les exigences et les responsabilités liées à la vie professionnelle et celles liées à la vie familiale (Bureau de la normalisation du Québec, 2010). Les conditions de travail sont déterminantes pour la conciliation du travail et de la vie personnelle. La conciliation peut être favorisée par différentes mesures telles qu'une flexibilité dans les horaires, des congés parentaux, etc.

Le conflit entre le travail et la vie personnelle est associé à des conséquences négatives pour la santé (Allen et autres, 2000; Winter et autres, 2006), affectant la santé mentale mais aussi la santé physique (St-Amour et autres, 2005). En général, les travailleurs déclarant avoir beaucoup de difficultés à concilier travail et famille souffrent jusqu'à 12 fois plus d'épuisement professionnel et de 2 à 3 fois plus de dépression que les travailleurs ayant une plus grande facilité à concilier ces deux sphères (WHO, 2010).

QUE MESURE-T-ON?

Une seule question a été retenue pour documenter la conciliation travail-famille. Elle s'attarde aux horaires de travail (SAT1_4) : « En général, comment vos horaires de travail s'accordent-ils avec vos engagements sociaux et familiaux en dehors de votre travail? ». Les catégories de réponse sont : « Très bien », « Bien », « Pas très bien » et « Pas bien du tout ». On regroupe les catégories « Pas très bien » et « Pas bien du tout » afin de déterminer la proportion des travailleurs ayant de la difficulté à accorder leurs horaires de travail avec leurs engagements sociaux et familiaux.

QUE DISENT LES RÉSULTATS?

Selon les résultats de l'EQSP, environ un travailleur sur 10 a de la difficulté à accorder ses horaires de travail avec ses engagements sociaux et familiaux (tableau 17.1).

Sexe et âge

Les hommes éprouvent davantage de difficultés que les femmes à concilier le travail et les engagements sociaux et familiaux (11% c. 9%). En ce qui concerne l'âge, la difficulté à concilier ces deux sphères est moins répandue chez les personnes de 45 ans et plus (45-64 ans : 8%; 65 ans et plus : 3,1%) (tableau 17.1).

Tableau 17.1
Difficulté à accorder ses horaires de travail avec ses engagements sociaux et familiaux selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 2014-2015

	%
Total	9,9
Sexe	
Hommes	10,8 [a]
Femmes	8,9 [b]
Âge	
15-24 ans	10,3 [a]
25-44 ans	12,0 [b]
45-64 ans	7,9 [a,b]
65 ans et plus	3,1* [a,b]

* Coefficient de variation entre 15% et 25%; interpréter avec prudence.

a, b : Pour une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions au seuil de 0,01.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

Scolarité, revenu et composition du ménage

Les travailleurs ayant un diplôme ou un certificat d'études collégiales (11 %) ou un diplôme universitaire (10 %) sont proportionnellement plus nombreux à connaître des difficultés dans la conciliation travail-famille que les travailleurs ayant un niveau inférieur au DES (8 %) (tableau 17.2). On constate également que la proportion de travailleurs québécois ayant de la difficulté à accorder leurs horaires de travail avec leurs engagements sociaux et familiaux est plus importante dans les ménages à faible revenu (13 %) que dans les autres ménages (9 %).

Par ailleurs, il est intéressant de constater que la proportion de personnes ayant de la difficulté en matière de conciliation travail-famille semble moins élevée[1] chez les Québécois en couple sans enfant.

Secteur d'activité économique et catégorie professionnelle

Lorsqu'on examine le secteur d'activité économique, il n'y a pas de différence statistiquement significative quant à la proportion de travailleurs ayant de la difficulté à accorder leurs horaires de travail avec leurs engagements sociaux et familiaux.

En ce qui a trait au type de profession, les travailleurs de la catégorie manuelle (11 %) et ceux de la catégorie mixte (12 %) sont proportionnellement plus nombreux à avoir de la difficulté dans la conciliation travail-famille que les travailleurs de la catégorie non manuelle (8 %).

Enfin, au chapitre de la catégorie professionnelle, la proportion est plus élevée pour la catégorie « intermédiaire » (11 %) que pour les catégories « professionnels » (9 %) et « technique » (9 %) (tableau 17.3).

Tableau 17.2
Difficulté à accorder ses horaires de travail avec ses engagements sociaux et familiaux selon certaines caractéristiques sociodémographiques, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 2014-2015

	%
Niveau de scolarité	
Niveau inférieur au DES	7,8[a,b]
Diplôme d'études secondaires (DES)	8,7
Diplôme ou certificat d'études collégiales[1]	10,6[a]
Diplôme d'études universitaires	10,4[b]
Mesure de faible revenu	
Ménages à faible revenu	13,3[a]
Autres ménages	9,2[a]
Composition du ménage	
Personne vivant seule	9,8
Couple sans enfant	8,4
Couple avec enfants	10,0
Famille monoparentale	10,1
Autre	11,5

a, b : Pour une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions au seuil de 0,01.

1. Cette catégorie inclut aussi le diplôme ou le certificat d'études d'une école de métiers ou de formation professionnelle.

Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

Tableau 17.3
Difficulté à accorder ses horaires de travail avec ses engagements sociaux et familiaux selon certaines caractéristiques du travail, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 2014-2015

	%
Secteur d'activité économique	
Secteur primaire[1]	13,4
Construction	8,9
Fabrication	9,5
Services	9,9
Type de profession	
Manuel	10,7[a]
Non manuel	8,3[a,b]
Mixte	12,0[b]
Catégorie professionnelle	
Gestion[2]	11,0
Professionnels	8,7[a]
Technique	8,9[b]
Intermédiaire	11,3[a,b]
Élémentaire	10,8

a, b : Pour une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions au seuil de 0,01.

1. Agriculture, pêche, exploitation forestière et minière.

2. Cadres supérieurs et intermédiaires et autres directeurs.

Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

1. Il y a une tendance en ce sens. Le test d'indépendance mesurant l'association entre la difficulté à accorder ses horaires de travail avec ses engagements et la composition du ménage est presque significatif ($p = 0,0107$).

À RETENIR

Environ 10 % des travailleurs de 15 ans et plus ont de la difficulté à accorder leurs horaires de travail avec leurs engagements sociaux et familiaux.

Cette proportion est plus marquée chez les hommes que chez les femmes.

L'EQSP 2014-2015 montre que les travailleurs vivant dans un ménage à faible revenu sont proportionnellement plus nombreux à avoir des difficultés à concilier le travail et les engagements sociaux et familiaux.

Les travailleurs non manuels sont moins nombreux à avoir de la difficulté en matière de conciliation travail-famille que les autres types de travailleurs.

Les travailleurs de la catégorie « intermédiaire » sont plus nombreux que ceux des catégories « technique » et « professionnels » à avoir de la difficulté à accorder leurs horaires de travail avec leurs engagements sociaux et familiaux.

RÉFÉRENCES

ALLEN, T., et autres (2000). "Consequences associated with work-to-family conflict: a review and agenda for future research", *Journal of Occupational Health Psychology*, vol. 5, nº 2, p. 278-308.

BUREAU DE LA NORMALISATION DU QUÉBEC (2010). *Conciliation travail-famille*, Norme BNQ 9700-820/2010.

ST-AMOUR, N., et autres (2005). *La difficulté de concilier travail-famille : ses impacts sur la santé physique et mentale des familles québécoises*, Institut national de santé publique du Québec, [En ligne]. [www.inspq.qc.ca/pdf/publications/375-ConciliationTravail-Famille.pdf] (Consulté le 29 juillet 2016).

WINTER, T., et autres (2006). "Work-family conflicts and self-rated health among middle-aged municipal employees in Finland", *International Journal of Behavioral Medicine*, vol. 13, nº 4, p. 276-285.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (2010). *WHO healthy workplace framework and model: Background and supporting literature and practices*, [En ligne]. [www.who.int/occupational_health/healthy_workplace_framework.pdf] (Consulté le 29 juillet 2016).

Chapitre 18

HARCÈLEMENT PSYCHOLOGIQUE AU TRAVAIL

L'Organisation internationale du Travail (OIT) définit la violence au travail comme étant « toute action, tout incident ou tout comportement qui s'écarte d'une attitude raisonnable par lesquels une personne est attaquée, menacée, lésée ou blessée, dans le cadre ou du fait direct de son travail » (Bureau international du Travail, 2003). En 2002 au Québec, la Loi sur les normes du travail introduit une protection particulière pour les victimes de harcèlement psychologique, et prévoit notamment que l'employeur fournisse à ses salariés un milieu de travail exempt de harcèlement psychologique. La Loi définit le harcèlement psychologique comme étant une conduite vexatoire se manifestant soit par des comportements, des paroles, des actes ou des gestes répétés, qui sont hostiles ou non désirés, laquelle porte atteinte à la dignité ou à l'intégrité psychologique ou physique du salarié et entraîne, pour celui-ci, un milieu de travail néfaste. Une seule conduite grave peut aussi constituer du harcèlement psychologique si elle porte une telle atteinte et produit un effet nocif continu chez le salarié.

QUE MESURE-T-ON?

La fréquence du harcèlement psychologique au travail est mesurée à partir d'une question posée aux travailleurs de 15 ans et plus (SAT_1_13): « Au cours des 12 derniers mois, à votre emploi (principal) actuel, avez-vous été l'objet de harcèlement psychologique, c'est-à-dire des paroles ou des actes répétés qui ont porté atteinte à votre dignité ou à votre intégrité? ». Les catégories de réponse sont: « Jamais », « Une fois », « De temps en temps », « Souvent » et « Très souvent ».

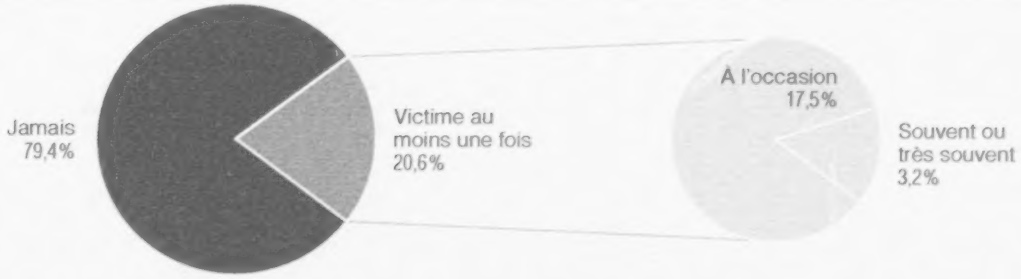
Dans ce rapport, nous utiliserons l'indicateur de harcèlement psychologique au travail selon trois catégories en regroupant les catégories de réponse « Une fois » et « De temps en temps », puis les catégories « Souvent » et « Très souvent ». Ainsi, les catégories de l'indicateur sont : « Jamais », « À l'occasion » et « Souvent ou très souvent ».

Quelquefois, nous parlerons de la proportion de travailleurs ayant été victimes de harcèlement psychologique au travail au moins une fois en regroupant les catégories « À l'occasion » et « Souvent ou très souvent ».

QUE DISENT LES RÉSULTATS?

En 2014-2015, un peu plus d'un travailleur sur cinq se dit victime de harcèlement psychologique au travail, soit environ 17 % à l'occasion et 3,2 % souvent ou très souvent (figure 18.1).

Figure 18.1
Harcèlement psychologique au travail au cours des 12 derniers mois, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 2014-2015



Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

Sexe et âge

Que ce soit « à l'occasion » (20 % c. 15 %) ou « souvent ou très souvent » (3,6 % c. 2,8 %), les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à se dire victimes de harcèlement psychologique au travail (tableau 18.1).

On ne détecte aucune variation de la proportion de victimes de harcèlement « souvent ou très souvent » selon l'âge (tableau 18.1). En ce qui concerne la catégorie « À l'occasion », les travailleurs de 65 ans et plus affichent une proportion moins élevée (10 %) que les travailleurs plus jeunes.

Scolarité et revenu

En ce qui a trait au niveau de scolarité, les résultats de l'EQSP 2014-2015 montrent que les travailleurs qui ont un niveau scolaire inférieur au DES ou qui détiennent un diplôme universitaire sont, en proportion, plus nombreux à ne jamais être la cible de harcèlement psychologique que ceux qui ont un diplôme d'études collégiales (respectivement 81 % et 80 % c. 78 %) (tableau 18.2). Mentionnons que 19 % des travailleurs qui ont un diplôme d'études collégiales sont victimes de harcèlement psychologique à l'occasion, alors que c'est le cas chez 16 % de ceux qui ont un niveau scolaire inférieur au DES.

Tableau 18.1
Harcèlement psychologique au travail au cours des 12 derniers mois selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 2014-2015

	Jamais	À l'occasion	Souvent ou très souvent
	%		
Sexe			
Hommes	81,9[a]	15,3[a]	2,8 [a]
Femmes	76,6[a]	19,8[a]	3,6 [a]
Âge			
15-24 ans	80,8[a]	16,9[a]	2,3*
25-44 ans	78,6[b]	18,1[b]	3,3
45-64 ans	79,0[c]	17,5[c]	3,5
65 ans et plus	88,1[a,b,c]	10,4[a,b,c]	1,4**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 % ; estimation imprécise, fournie à titre indicatif seulement.

a, b, c : Pour une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions d'une même colonne au seuil de 0,01.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2014-2015*.

Tableau 18.2
Harcèlement psychologique au travail au cours des 12 derniers mois selon certaines caractéristiques sociodémographiques, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 2014-2015

	Jamais	À l'occasion	Souvent ou très souvent
	%		
Niveau de scolarité			
Niveau inférieur au DES	80,6[a]	16,0[a]	3,3
Diplôme d'études secondaires (DES)	79,6	16,9	3,5
Diplôme ou certificat d'études collégiales[1]	77,5[a,b]	19,0[a]	3,5
Diplôme d'études universitaires	80,4[b]	17,0	2,5
Mesure de faible revenu			
Ménages à faible revenu	76,2[a]	19,9[a]	4,0
Autres ménages	79,8[a]	17,1[a]	3,0

a, b : Pour une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions d'une même colonne au seuil de 0,01.

1. Cette catégorie inclut aussi le diplôme ou le certificat d'études d'une école de métiers ou de formation professionnelle.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2014-2015*.

Les travailleurs vivant dans un ménage à faible revenu sont moins nombreux proportionnellement à n'être jamais victimes de harcèlement psychologique au travail que les autres travailleurs (76 % c. 80 %) et ils sont victimes à l'occasion dans une proportion de 20 % comparativement à 17 % chez les autres.

Secteur d'activité économique et catégorie professionnelle

Les travailleurs qui œuvrent dans le secteur des services (18 %) sont plus nombreux à être victimes à l'occasion de harcèlement psychologique au travail que ceux du secteur primaire (12 %) ou de la construction (14 %). Quant à la proportion de travailleurs victimes de harcèlement « souvent ou très souvent », l'enquête n'a pas permis de conclure à une différence selon le secteur d'activité économique (tableau 18.3).

En ce qui concerne le type de profession, les travailleurs non manuels sont moins nombreux à être exposés à du harcèlement psychologique au travail à l'occasion que les travailleurs mixtes (17 % c. 19 %). Quant à la catégorie « souvent ou très souvent », les travailleurs mixtes (3,7 %) et manuels (3,9 %) y apparaissent en plus grande proportion que les travailleurs non manuels (2,6 %).

Notons également que la proportion de travailleurs jamais exposés au harcèlement psychologique au travail est plus élevée pour la catégorie professionnelle « gestion » (83 %) que pour les catégories « intermédiaire » (77 %) et « élémentaire » (78 %) (tableau 18.3). De plus, 19 % des travailleurs de la catégorie professionnelle « intermédiaire » se disent victimes à l'occasion de harcèlement psychologique comparativement à 15 % chez ceux de la catégorie « gestion » et à 16 % chez ceux de la catégorie « technique ». Enfin, lorsqu'on considère la catégorie « souvent ou très souvent », 3,9 % et 4,1 % respectivement des travailleurs des catégories « intermédiaire » et « élémentaire » sont victimes de harcèlement.

Tableau 18.3
Harcèlement psychologique au travail au cours des 12 derniers mois selon certaines caractéristiques du travail, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 2014-2015

	Jamais	À l'occasion	Souvent ou très souvent
	%		
Secteur d'activité économique			
Secteur primaire[1]	86,0 [a,b]	12,2 [a]	1,8 **
Construction	83,6 [c]	14,1 [b]	2,3 *
Fabrication	80,8 [a]	16,3	2,9
Services	78,7 [b,c]	18,0 [a,b]	3,3
Type de profession			
Manuel	79,2	16,9	3,9 [a]
Non manuel	80,6 [a]	16,8 [a]	2,6 [a,b]
Mixte	77,1 [a]	19,2 [a]	3,7 [b]
Catégorie professionnelle			
Gestion[2]	82,7 [a,b]	15,4 [a]	1,9 * [a,b]
Professionnels	80,3 [c]	17,2	2,5 [c,d]
Technique	80,8 [d]	16,3 [b]	2,9
Intermédiaire	76,8 [a,c,d]	19,3 [a,b]	3,9 [a,c]
Élémentaire	78,0 [b]	17,9	4,1 [b,d]

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 % ; estimation imprécise, fournie à titre indicatif seulement.

a, b, c, d : Pour une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions d'une même colonne au seuil de 0,01.

1. Agriculture, pêche, exploitation forestière et minière.

2. Cadres supérieurs et intermédiaires et autres directeurs.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2014-2015*.

À RETENIR

Environ 20 % des travailleurs s'estimaient victimes de harcèlement psychologique au travail en 2014-2015.

Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses à être de cet avis que les hommes.

Les travailleurs œuvrant dans le secteur des services sont plus nombreux en proportion à se dire « occasionnellement » victimes de harcèlement psychologique au travail que ceux du secteur primaire et de la construction.

Les travailleurs qui sont gestionnaires sont moins enclins à s'estimer victimes de harcèlement psychologique au travail.

RÉFÉRENCE

BUREAU INTERNATIONAL DU TRAVAIL (2003). *Recueil de directives pratiques sur la violence au travail dans le secteur des services et mesures visant à combattre ce phénomène*, Genève, Organisation internationale du Travail, 20 p.

Chapitre 19

DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE AU TRAVAIL

La détresse psychologique est le résultat d'un ensemble d'émotions négatives que des individus ressentent et qui, lorsqu'elles persistent, peuvent donner lieu à des syndrômes de dépression et d'anxiété (Camirand et Nanhou, 2008). Des études ont montré qu'il existe des liens étroits entre plusieurs dimensions de l'organisation du travail et différents problèmes de santé mentale, tels que la détresse psychologique, la dépression ou encore l'épuisement professionnel (Bourbonnais et autres, 1996 et 1998; Marchand et autres, 2006). Soulignons également que les travailleurs ayant de grandes difficultés à concilier le travail et la famille sont plus nombreux que les autres à souffrir de dépression (Duxbury et Higgins, 2009).

QUE MESURE-T-ON?

L'indicateur du niveau élevé de détresse psychologique liée au travail est construit à partir de l'échelle de détresse psychologique[1] et de la question suivante posée aux personnes de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré (SAT3_1): « Croyez-vous que ces sentiments du dernier mois sont complètement, partiellement ou pas du tout reliés à votre travail actuel? ». Les catégories de réponse sont: « Complètement reliés », « Partiellement reliés » et « Pas du tout reliés ». On dira qu'un travailleur a un niveau élevé de détresse psychologique liée au travail s'il se situe à un niveau élevé de détresse psychologique et si ses sentiments sont « Complètement » ou « Partiellement » reliés au travail.

QUE DISENT LES RÉSULTATS?

En 2014-2015, environ 16 % des travailleurs ont un niveau élevé de détresse psychologique liée à leur travail (tableau 19.1). C'est-à-dire que 84 % des travailleurs ne relient pas ces sentiments à leur travail ou ne se situent pas au niveau élevé de détresse psychologique[2].

1. Voir la section 13.2.
2. Parmi les travailleurs qui se situent au niveau élevé de détresse psychologique, près de la moitié (47 %) estiment que leurs sentiments sont reliés partiellement à leur travail, alors qu'environ 12 % les associent complètement à leur travail et 41 % ne voient pas de lien entre ces sentiments et leur travail (données non illustrées). Cette variable - qui présente la répartition de la sous-population des travailleurs se situant à un niveau élevé de détresse psychologique selon le lien avec le travail - a été jugée affectée par le mode de collecte et une interaction significative avec le sexe a été décelée. Par conséquent, ces résultats ne devraient pas être interprétés selon le sexe. Toutefois, la proportion de travailleurs qui ont un niveau élevé de détresse psychologique liée à leur travail, calculée sur l'ensemble de la population peut, quant à elle, être analysée selon le sexe.

Sexe et âge

En proportion, plus de femmes que d'hommes (18 % c. 15 %) associent leurs sentiments de détresse psychologique à leur travail. En ce qui concerne l'âge, le lien entre les sentiments de détresse psychologique et le travail est plus marqué chez les travailleurs de 25 à 44 ans (19 %) que chez ceux des autres groupes d'âge (tableau 19.1).

Tableau 19.1
Détresse psychologique liée au travail selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 2014-2015

	%
Total	16,4
Sexe	
Hommes	15,0 [a]
Femmes	17,8 [a]
Âge	
15-24 ans	15,3 [a]
25-44 ans	18,5 [a,b]
45-64 ans	15,2 [b]
65 ans et plus	5,8 *[a,b]

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.

a, b : Pour une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions au seuil de 0,01.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

Scolarité, revenu et composition du ménage

L'enquête n'a pas permis de détecter d'écart pour la proportion de travailleurs ayant un niveau élevé de détresse psychologique en lien avec le travail selon le niveau de scolarité (tableau 19.2). Par contre, la proportion de travailleurs jugeant que leurs sentiments de détresse psychologique sont liés à leur travail est plus élevée chez ceux qui vivent dans un ménage à faible revenu que chez les autres (20 % c. 16 %). Enfin, cette proportion est plus élevée chez les personnes vivant seules (19 %) que chez celles qui vivent en couple (autour de 15 %). Les membres d'une famille monoparentale associent davantage leur niveau élevé de détresse psychologique à leur travail que ceux d'une famille constituée d'un couple avec des enfants (19 % c. 15 %).

Tableau 19.2
Détresse psychologique liée au travail selon certaines caractéristiques sociodémographiques, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 2014-2015

	%
Niveau de scolarité	
Niveau inférieur au DES	15,2
Diplôme d'études secondaires (DES)	15,3
Diplôme ou certificat d'études collégiales[1]	16,7
Diplôme d'études universitaires	17,2
Mesure de faible revenu	
Ménages à faible revenu	20,1 [a]
Autres ménages	15,8 [a]
Composition du ménage	
Personne vivant seule	18,9 [a,b]
Couple sans enfant	15,6 [a]
Couple avec enfants	15,4 [b,c]
Famille monoparentale	18,7 [c]
Autre	17,8

a, b, c : Pour une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions au seuil de 0,01.

1. Cette catégorie inclut aussi le diplôme ou le certificat d'études d'une école de métiers ou de formation professionnelle.

Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

Conciliation travail-famille

Plus du tiers des personnes ayant de la difficulté à accorder leurs horaires de travail avec leurs engagements sociaux et familiaux (34 %) font un lien entre leurs sentiments de détresse psychologique et leur travail comparativement à 15 % de celles qui ne vivent pas de telles difficultés (tableau 19.3).

Harcèlement psychologique au travail

La proportion de travailleurs associant leurs sentiments de détresse psychologique à leur travail augmente avec la fréquence du harcèlement psychologique au travail (tableau 19.3). Près de la moitié (49 %) des travailleurs victimes souvent ou très souvent de harcèlement psychologique au travail estiment que leur niveau élevé de détresse psychologique est dû à leur travail, alors que chez les travailleurs qui sont victimes de harcèlement à l'occasion, la proportion est de 30 %.

Secteur d'activité économique et catégorie professionnelle

La proportion de travailleurs associant leurs sentiments de détresse psychologique à leur travail ne varie pas significativement selon le secteur d'activité économique ni selon la catégorie professionnelle (tableau 19.3). Toutefois, les travailleurs manuels (15 %) sont proportionnellement moins nombreux à établir un lien entre leurs sentiments de détresse psychologique et leur travail que les personnes dont la profession est non manuelle (17 %) ou mixte (17 %).

Tableau 19.3
Détresse psychologique liée au travail selon certaines caractéristiques du travail, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 2014-2015

	%
Conciliation travail-famille	
Avec difficulté	33,6[a]
Sans difficulté	14,5[a]
Harcèlement psychologique au travail	
Jamais	12,0[a]
À l'occasion	30,2[a]
Souvent ou très souvent	48,6[a]
Secteur d'activité économique	
Secteur primaire[1]	16,1
Construction	15,0
Fabrication	15,1
Services	16,6
Type de profession	
Manuel	14,6[a,b]
Non manuel	16,7[a]
Mixte	17,3[b]
Catégorie professionnelle	
Gestion[2]	19,3
Professionnels	16,4
Technique	16,4
Intermédiaire	16,0
Élémentaire	15,6

a, b : Pour une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions au seuil de 0,01.

1. Agriculture, pêche, exploitation forestière et minière.

2. Cadres supérieurs et intermédiaires et autres directeurs.

Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

À RETENIR

Près d'un travailleur sur six associe son niveau élevé de détresse psychologique à son travail.

Le niveau élevé de détresse psychologique attribuable au travail est plus répandu chez les travailleurs qui ont de la difficulté à concilier le travail et les engagements sociaux et familiaux.

Les travailleurs qui se disent victimes de harcèlement psychologique au travail sont proportionnellement plus nombreux à considérer que la détresse psychologique ressentie est liée à leur travail que ceux qui n'estiment pas l'être.

Une proportion plus élevée de travailleurs mettant en relation leurs sentiments de détresse psychologique et leur travail est observée dans les professions mixtes ou non manuelles que dans les professions manuelles.

RÉFÉRENCES

BOURBONNAIS, R., et autres (1998). "Job strain, psychological distress, and burnout in nurses", *American Journal of Industrial Medicine*, vol. 34, nº 1, p. 20-28.

BOURBONNAIS, R., et autres (1996). "Job strain and psychological distress in white-collar workers", *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, vol. 22, nº 2, p. 139-145.

CAMIRAND, H., et V. NANHOU (2008). « La détresse psychologique chez les Québécois en 2005. Série *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* », *Zoom santé*, Institut de la statistique du Québec, septembre, 4 p.

DUXBURY, L., et C. HIGGINS (2003). *Work-life conflict in Canada in the new millennium: Report 6: Key findings and recommendations from the 2001 National Work-Life Conflict Study*, Health Canada, [En ligne]. [publications.gc.ca/collections/Collection/H72-21-186-2003E.pdf] (Consulté le 29 juillet 2016).

MARCHAND, A., A. DEMERS et P. DURAND (2006). "Social structures, agent personality and workers' mental health: A longitudinal analysis of the specific role of occupation and of workplace constraints-resources on psychological distress in the Canadian work force", *Human Relations*, vol. 59, nº 7, p. 875-901.

Chapitre 20

CONTRAINTES PHYSIQUES EN MILIEU DE TRAVAIL

Les contraintes physiques étudiées ici réfèrent aux facteurs biomécaniques (entre autres, les efforts physiques, le travail répétitif, les postures contraignantes, la manutention de charges lourdes et les vibrations) pour lesquels une relation avec diverses lésions musculosquelettiques a été démontrée sur le plan scientifique (NRC, 2001).

QUE MESURE-T-ON?

L'indicateur du niveau élevé de contraintes physiques en milieu de travail est basé d'abord sur cinq questions posées aux personnes de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré au moment de l'enquête qui portent sur la fréquence d'exposition à certaines situations au travail (SAT1_15_1 à SAT1_15_5) (effectuer des gestes répétitifs à l'aide des mains ou des bras; fournir des efforts en utilisant des outils, des machines ou des équipements; manipuler sans aide des charges lourdes; subir des vibrations provenant d'outils à main; subir des vibrations provenant de grosses machines, de véhicules ou du sol). Les choix de réponse à ces questions sont: « Jamais », « De temps en temps », « Souvent » et « Tout le temps ». Une sixième question (SAT_16) détermine combien de temps la personne travaille en position debout: « jamais », « le ¼ du temps », « la ½ du temps », « les ¾ du temps » ou « tout le temps ». Une septième question (SAT_17) est posée aux personnes qui travaillent les ¾ du temps ou plus en position debout sur la possibilité de s'asseoir pendant le travail. Les choix de réponse sont: « Position debout avec possibilité de s'asseoir à volonté », « Position debout avec possibilité de s'asseoir à l'occasion » et « Position debout sans possibilité de s'asseoir ».

Calcul du score pour l'indice:

3 points sont accordés aux réponses « Tout le temps » et « Position debout sans possibilité de s'asseoir »; 2 points sont accordés aux réponses « Souvent » et « Position debout avec possibilité de s'asseoir à l'occasion »; 1 point est accordé aux réponses « De temps en temps » et « Position debout avec possibilité de s'asseoir à volonté »; et 0 point est accordé aux réponses « Jamais » et lorsque les personnes travaillent moins des ¾ du temps en position debout.

Un travailleur est dit exposé à un niveau élevé de contraintes physiques en milieu de travail lorsque le total des points de toutes les questions est de 7 ou plus.

QUE DISENT LES RÉSULTATS?

Environ 22% des travailleurs québécois sont exposés à un niveau élevé de contraintes physiques en milieu de travail (tableau 20.1).

Sexe et âge

Les hommes sont, en proportion, plus nombreux à être exposés à ces contraintes que les femmes (29% c. 15%) (tableau 20.1). Les travailleurs de 15 à 24 ans affichent la proportion la plus importante (33%), tandis que les 65 ans et plus présentent la plus faible (9%).

Tableau 20.1
Niveau élevé de contraintes physiques en milieu de travail selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 2014-2015

	%
Total	**22,2**
Sexe	
Hommes	28,7[a]
Femmes	15,1[a]
Âge	
15-24 ans	32,6[a,b]
25-44 ans	21,2[a]
45-64 ans	20,6[b]
65 ans et plus	8,7[a,b]

a, b: Pour une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions au seuil de 0,01.

Note: Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15%.

Source: Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

Scolarité et revenu

La proportion de personnes exposées à un niveau élevé de contraintes physiques en milieu de travail diminue à mesure que le niveau de scolarité augmente, passant de plus de 41 % chez celles qui ont un niveau de scolarité inférieur au DES à près de 6 % chez les titulaires d'un diplôme universitaire (tableau 20.2). De plus, les travailleurs vivant dans un ménage à faible revenu sont proportionnellement plus nombreux à être exposés à des contraintes physiques en milieu de travail que les autres (31 % c. 21 %).

Secteur d'activité économique et catégorie professionnelle

La proportion de personnes exposées à un niveau élevé de contraintes physiques en milieu de travail est plus importante dans le secteur primaire (53 %) ou celui de la construction (55 %) que dans les secteurs de la fabrication (36 %) et des services (17 %) (tableau 20.3).

En ce qui a trait au type de profession, proportionnellement plus de travailleurs manuels sont exposés à un niveau élevé de contraintes physiques (54 %) que les travailleurs de la catégorie mixte (27 %) ou de la catégorie non manuelle (4,5 %).

Les travailleurs de la catégorie professionnelle « élémentaire » sont exposés à un niveau élevé de contraintes physiques dans une plus grande proportion (44 %) que les travailleurs des autres catégories (tableau 20.3).

ÉVOLUTION DEPUIS 2008

L'indicateur n'est pas jugé affecté par le changement de mode de collecte entre les deux éditions. Les comparaisons avec l'EQSP 2008 peuvent donc être faites en utilisant l'échantillon complet de l'édition 2014-2015 (voir chapitre 1, section 1.5.3).

Si environ 22 % des travailleurs québécois sont exposés à un niveau élevé de contraintes physiques en milieu de travail, cette proportion est demeurée stable depuis 2008 (23 %) (donnée non illustrée).

Tableau 20.2
Niveau élevé de contraintes physiques en milieu de travail selon certaines caractéristiques sociodémographiques, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 2014-2015

	%
Niveau de scolarité	
Niveau inférieur au DES	41,4[a]
Diplôme d'études secondaires (DES)	33,0[a]
Diplôme ou certificat d'études collégiales[1]	23,8[a]
Diplôme d'études universitaires	6,2[a]
Mesure de faible revenu	
Ménages à faible revenu	31,2[a]
Autres ménages	20,7[a]

a : Pour une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions au seuil de 0,01.

1. Cette catégorie inclut aussi le diplôme ou le certificat d'études d'une école de métiers ou de formation professionnelle.

Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

Tableau 20.3
Niveau élevé de contraintes physiques en milieu de travail selon certaines caractéristiques du travail, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 2014-2015

	%
Secteur d'activité économique	
Secteur primaire[1]	52,9[a]
Construction	54,9[b]
Fabrication	36,4[a,b]
Services	17,0[a,b]
Type de profession	
Manuel	53,7[a]
Non manuel	4,5[a]
Mixte	26,8[a]
Catégorie professionnelle	
Gestion[2]	11,3[a,b]
Professionnels	3,7[a,b]
Technique	26,0[a]
Intermédiaire	25,8[b]
Élémentaire	44,4[a,b]

a, b : Pour une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions au seuil de 0,01.

1. Agriculture, pêche, exploitation forestière et minière.
2. Cadres supérieurs et intermédiaires et autres directeurs.

Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

À RETENIR

Plus d'un travailleur québécois sur cinq est exposé à un niveau élevé de contraintes physiques en milieu de travail.

L'exposition à un niveau élevé de contraintes physiques en milieu de travail touche davantage les hommes que les femmes. Les travailleurs de 15 à 24 ans sont aussi plus nombreux en proportion à être exposés à ce type de contraintes.

L'exposition à un niveau élevé de contraintes physiques en milieu de travail est plus répandue chez les travailleurs qui ont un niveau de scolarité inférieur au DES, les proportions diminuant à mesure que le niveau de scolarité augmente.

Des niveaux élevés de contraintes physiques en milieu de travail sont davantage observés dans le secteur primaire et celui de la construction. Du côté de la profession, les travailleurs manuels et les travailleurs de la catégorie professionnelle « élémentaire » sont plus exposés à ce type de contraintes.

La proportion de travailleurs exposés à un niveau élevé de contraintes physiques en milieu de travail en 2014-2015 est similaire à celle notée en 2008.

RÉFÉRENCE

NATIONAL RESEARCH COUNCIL (NRC) (2001). *Panel on Musculoskeletal Disorders and the Workplace, Commission on Behavioral and Social Sciences and Education. Musculoskeletal disorders and the workplace: low back and upper extremities*, Washington DC, National Academy Press, 472 p.

Chapitre 21

TROUBLES MUSCULOSQUELETTIQUES D'ORIGINE NON TRAUMATIQUE LIÉS AU TRAVAIL

Le terme *troubles musculosquelettiques* (TMS) réfère à un ensemble de symptômes et de lésions inflammatoires ou dégénératives de l'appareil locomoteur au cou, au dos, aux membres supérieurs et aux membres inférieurs. La prévention des TMS non traumatiques liés au travail est un objectif du *Programme national de santé publique 2015-2025* (MSSS, 2015) et une priorité d'action du *Plan stratégique de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail* (CNESST, 2010).

QUE MESURE-T-ON?

L'indicateur des troubles musculosquelettiques d'origine non traumatique liés au travail est construit à partir d'une série de questions[1] (TMS_1_1 à TMS_3_4) portant sur les douleurs ressenties aux muscles, aux tendons, aux os ou aux articulations posées aux personnes de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré au moment de l'enquête. Ces questions concernent les douleurs importantes ressenties à quatre parties du corps (cou, dos, membres supérieurs et membres inférieurs) qui ont dérangé les personnes durant leurs activités quotidiennes, le lien entre ces douleurs et l'emploi principal actuel[2] et l'origine de ces douleurs, à savoir si elles sont dues à un accident de travail[3,4].

Un travailleur a souffert de troubles musculosquellettiques d'origine non traumatique liés au travail au cours des 12 derniers mois lorsqu'il a ressenti durant cette période des douleurs (souvent ou tout le temps) au cou, au dos, aux membres supérieurs ou aux membres inférieurs et que ces douleurs étaient reliées partiellement ou entièrement à son emploi principal actuel, mais non causées par un accident de travail. Des données selon la région corporelle affectée sont présentées.

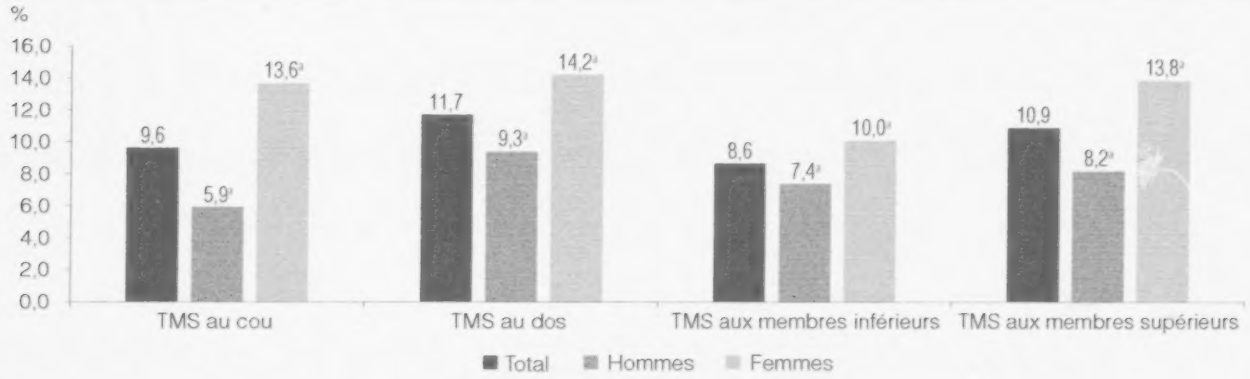
Afin d'alléger le texte, nous utiliserons souvent l'appellation « TMS non traumatiques » pour désigner un travailleur souffrant de troubles musculosquelettiques d'origine non traumatique liés au travail au cours des 12 derniers mois.

QUE DISENT LES RÉSULTATS?

L'EQSP 2014-2015 permet d'estimer à environ 25 % la proportion de travailleurs québécois de 15 ans et plus ayant souffert de troubles musculosquelettiques non traumatiques liés au travail au cours des 12 derniers mois. Les résultats révèlent que pour 10 %, les douleurs sont au cou, 12 %, au dos, 9 %, aux membres inférieurs et 11 %, aux membres supérieurs (figure 21.1).

1. Trois questions sont posées pour chacune des quatre parties du corps. Donc, il y a 12 questions au total.
2. Le lien est demandé aux travailleurs qui ont ressenti dies douleurs *de temps en temps*, *souvent* ou *tout le temps*.
3. Cette question est posée seulement si la douleur ressentie est reliée *partiellement* ou *entièrement* à l'emploi actuel.
4. La précision sur l'origine traumatique ou non de la douleur est possible grâce à une nouvelle question dans l'EQSP 2014-2015. Par conséquent, les résultats de l'indicateur actuel ne peuvent pas être comparés avec ceux de l'édition 2008.

Figure 21.1
Troubles musculosquelettiques[1] selon la région corporelle et le sexe, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 2014-2015



a : Pour une région corporelle donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les hommes et les femmes au seuil de 0,01.
1. TMS d'origine non traumatique liés à l'emploi principal actuel ayant dérangé la personne dans ses activités quotidiennes au cours des 12 derniers mois.
Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

Sexe et âge

Les travailleuses sont proportionnellement plus nombreuses que les travailleurs à souffrir de troubles musculosquelettiques non traumatiques liés au travail au cours des 12 derniers mois (31 % c. 20 %) (tableau 21.1). Comme le montre la figure 21.1, ces différences selon le sexe sont présentes pour chacune des quatre régions corporelles (cou : 14 % c. 6 % ; dos : 14 % c. 9 % ; membres inférieurs : 10 % c. 7 % ; membres supérieurs : 14 % c. 8 %).

Les TMS non traumatiques liés au travail sont plus répandus chez les travailleurs de 45 à 64 ans (28 %) que dans les autres groupes d'âge (tableau 21.1).

Tableau 21.1
Troubles musculosquelettiques[1] selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 2014-2015

	%
Total	**24,8**
Sexe	
Hommes	19,5[a]
Femmes	30,5[a]
Âge	
15-24 ans	22,3[a]
25-44 ans	23,5[b]
45-64 ans	28,0[a,b]
65 ans et plus	13,9[a,b]

a, b : Pour une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions au seuil de 0,01.
1. TMS d'origine non traumatique liés à l'emploi principal actuel ayant dérangé la personne dans ses activités quotidiennes au cours des 12 derniers mois.
Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

Scolarité et revenu

La proportion de travailleurs victimes de TMS non traumatiques liés au travail au cours des 12 derniers mois est plus importante chez les travailleurs qui ont un niveau de scolarité correspondant à un DES ou moins (plus de 28 %) que chez ceux plus scolarisés (tableau 21.2). Les travailleurs ayant un diplôme universitaire sont les moins touchés par ces TMS (21 %).

Quant au revenu, les données de l'EQSP montrent que la proportion de personnes victimes de TMS non traumatiques liés au travail est plus élevée chez les travailleurs vivant dans un ménage à faible revenu que chez ceux qui ne vivent pas dans un tel ménage (28 % c. 24 %) (tableau 21.2).

Contraintes physiques au travail

Comparativement à ceux qui ne le sont pas, les travailleurs exposés à un niveau élevé de contraintes physiques au travail présentent davantage de TMS non traumatiques liés au travail (21 % c. 39 %) (tableau 21.3).

Tableau 21.2
Troubles musculosquelettiques[1] selon certaines caractéristiques sociodémographiques, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 2014-2015

	%
Niveau de scolarité	
Niveau inférieur au DES	29,1[a]
Diplôme d'études secondaires (DES)	28,1[b]
Diplôme ou certificat d'études collégiales[2]	25,3[a,b]
Diplôme d'études universitaires	20,7[a,b]
Mesure de faible revenu	
Ménages à faible revenu	27,6[a]
Autres ménages	24,3[a]

a, b : Pour une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions au seuil de 0,01.

1. TMS d'origine non traumatique liés à l'emploi principal actuel ayant dérangé la personne dans ses activités quotidiennes au cours des 12 derniers mois.
2. Cette catégorie inclut aussi le diplôme ou le certificat d'études d'une école de métiers ou de formation professionnelle.

Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

Secteur d'activité économique et catégorie professionnelle

Les données de l'EQSP 2014-2015 ne permettent pas de détecter d'écart selon le secteur d'activité économique (tableau 21.3).

En ce qui concerne le type de profession, les résultats montrent qu'une proportion plus élevée de personnes des professions manuelles (27 %) ou mixtes (28 %) souffrent de ce type de troubles par rapport à celles des professions non manuelles (22 %).

Notons enfin que la proportion de travailleurs atteints de TMS non traumatiques est plus faible pour les catégories professionnelles « gestion » (19 %) et « professionnels » (21 %) que pour les autres catégories (tableau 21.3).

Tableau 21.3
Troubles musculosquelettiques[1] selon certaines caractéristiques du travail, population de 15 ans et plus occupant un emploi rémunéré, Québec, 2014-2015

	%
Niveau élevé de contraintes physiques en milieu de travail	
Oui	38,8[a]
Non	21,0[a]
Secteur d'activité économique	
Secteur primaire[2]	22,3
Construction	26,5
Fabrication	23,9
Services	24,9
Type de profession	
Manuel	27,2[a]
Non manuel	21,8[a,b]
Mixte	28,4[b]
Catégorie professionnelle	
Gestion[3]	19,4[a,b]
Professionnels	20,5[c,d]
Technique	25,4[a,c]
Intermédiaire	27,2[b,d]
Élémentaire	28,8[a,c]

a, b, c, d : Pour une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions au seuil de 0,01.

1. TMS d'origine non traumatique liés à l'emploi principal actuel ayant dérangé la personne dans ses activités quotidiennes au cours des 12 derniers mois.
2. Agriculture, pêche, exploitation forestière et minière.
3. Cadres supérieurs et intermédiaires et autres directeurs.

Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

À RETENIR

Près d'un travailleur sur quatre estime avoir des troubles musculosquelettiques non traumatiques liés au travail et c'est davantage le cas chez les femmes que chez les hommes.

La proportion de travailleurs présentant des TMS est plus élevée chez les travailleurs moins scolarisés que chez les autres.

La proportion de travailleurs affectés par des TMS est plus grande chez ceux qui sont exposés à un niveau élevé de contraintes physiques en milieu de travail que chez ceux qui n'y sont pas exposés.

La proportion de travailleurs souffrant de TMS non traumatiques liés au travail ne varie pas selon le secteur d'activité économique. Cependant, les TMS non traumatiques sont plus répandus dans les professions manuelles ou mixtes que dans les professions non manuelles.

RÉFÉRENCES

COMMISSION DES NORMES, DE L'ÉQUITÉ, DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL (CNESST) (2010). *Bâtir l'assurance d'une prévention durable. Plan stratégique 2010-2014*, 36 p. [En ligne]. [www.cnesst.gouv.qc.ca/Publications/300/Documents/DC300_1020web.pdf] (Consulté le 7 juillet 2016).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2015). *Programme national de santé publique 2015-2025*, [En ligne]. [publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-216-01W.pdf] (Consulté le 27 juin 2016).

Chapitre 22

SURDITÉ ATTRIBUABLE AU TRAVAIL DANS LA POPULATION

La surdité professionnelle réfère à des atteintes auditives neurosensorielles causées par une exposition au bruit en milieu de travail. Une étude québécoise a montré une nette augmentation des nouveaux cas de surdité professionnelle acceptés par la CSST[1] entre 1997 et 2012 (Michel et autres, 2014 ; Funes et autres, 2015).

QUE MESURE-T-ON?

Contrairement aux autres chapitres traitant de la santé en milieu de travail, le présent chapitre réfère à l'ensemble des Québécois de 15 ans et plus. En effet, la surdité ayant pu se développer à l'occasion d'un travail précédent, les anciens travailleurs sont aussi concernés. Soulignons également que la recherche d'associations avec les caractéristiques du travail actuel serait inappropriée.

L'indicateur de surdité attribuable au travail est basé sur une réponse positive à une des deux questions suivantes posées aux personnes ayant développé une surdité ou difficulté à entendre après l'âge de 15 ans (SAT2_4) : « Avez-vous déjà dit à un médecin ou à un autre professionnel de la santé que votre surdité ou difficulté à entendre était liée à l'exposition au bruit au travail ? » et (SAT2_5) : « Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de la santé vous a déjà dit que votre surdité ou difficulté à entendre était liée à l'exposition au bruit au travail ? ».

Ces deux questions sont posées uniquement aux personnes qui ont une surdité ou de la difficulté à entendre à une ou aux deux oreilles (SAT2_1) ou aux personnes utilisant une ou des prothèses auditives ou des appareils auditifs (SAT2_2). Ces personnes doivent avoir développé cette surdité ou difficulté à entendre après l'âge de 15 ans (SAT2_3).

QUE DISENT LES RÉSULTATS?

Environ 3,4 % des Québécois de 15 ans et plus souffrent de surdité ou ont de la difficulté à entendre à cause de l'exposition au bruit au travail (tableau 22.1).

Sexe et âge

La proportion est plus élevée chez les hommes que chez les femmes (6 % c. 1,0 %).

Dans la population québécoise de 25 ans et plus, on constate que cette proportion augmente avec l'âge, passant de 0,8 % chez les 25 à 44 ans à environ 8 % chez les 65 ans et plus.

Tableau 22.1
Surdité attribuable au travail[1] selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2014-2015

	%
Total	**3,4**
Sexe	
Hommes	5,8 a
Femmes	1,0 a
Âge	
15-24 ans	0,3** a
25-44 ans	0,8 a
45-64 ans	4,8 a
65 ans et plus	7,6 a

** Coefficient de variation supérieur à 25 % ; estimation imprécise, fournie à titre indicatif seulement.

a : Pour une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions au seuil de 0,01.

1. Surdité s'étant développée à partir de 16 ans.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

1. Il s'agit maintenant de la CNESST.

Scolarité et revenu

L'EQSP révèle que la proportion de personnes souffrant de surdité attribuable au travail est plus importante chez celles qui sont moins scolarisées (tableau 22.2). En effet, les personnes ayant un niveau de scolarité inférieur au DES affichent la proportion la plus élevée (6 %), tandis que les titulaires d'un diplôme universitaire sont les moins affectés (1,4 %). Par ailleurs, aucune différence significative n'est observée entre les ménages à faible revenu et les autres ménages.

Tableau 22.2
Surdité attribuable au travail[1] selon certaines caractéristiques sociodémographiques, population de 15 ans et plus, Québec, 2014-2015

	%
Niveau de scolarité	
Niveau inférieur au DES	6,0[a]
Diplôme d'études secondaires (DES)	4,5[a]
Diplôme ou certificat d'études collégiales[2]	2,4[a]
Diplôme d'études universitaires	1,4[a]
Mesure de faible revenu	
Ménages à faible revenu	3,7
Autres ménages	3,3

a : Pour une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions au seuil de 0,01.

1. Surdité s'étant développée à partir de 16 ans.
2. Cette catégorie inclut aussi le diplôme ou le certificat d'études d'une école de métiers ou de formation professionnelle.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

À RETENIR

La surdité attribuable au travail touche 3,4 % des Québécois de 15 ans et plus.

Elle est plus répandue chez les hommes. La proportion de personnes atteintes de surdité liée au travail croît avec l'âge.

Les personnes moins scolarisées sont plus susceptibles d'avoir développé une telle condition que celles plus scolarisées.

RÉFÉRENCES

FUNES, A., et autres (2015). *Surdité professionnelle : cas acceptés par la Commission de la santé et de la sécurité du travail au Québec – Mise à jour 1997-2012*, Montréal, Institut national de santé publique du Québec, 5 p. [En ligne]. [www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2018_Surdite_Professionnelle.pdf] (Consulté le 10 août 2016).

MICHEL, C., et autres (2014). *Portrait de la surdité professionnelle acceptée par la Commission de la santé et de la sécurité du travail au Québec : 1997-2010. Troubles de l'audition sous surveillance*, Montréal, Institut national de santé publique du Québec, 87 p. [En ligne]. [www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1770_Portrait_Surdite_Professionnelle.pdf] (Consulté le 10 août 2016).

EN GUISE DE CONCLUSION

Basé sur les données de l'*Enquête québécoise sur la santé de la population* (EQSP) réalisée en 2014-2015, le présent rapport s'intéresse à divers aspects liés à l'état de santé des Québécois de 15 ans et plus ainsi qu'aux habitudes de vie et aux comportements qui y sont associés. Cette dernière section a pour but de faire un tour d'horizon des principaux résultats présentés tout au long du rapport en plus d'offrir une brève mise en contexte des thématiques et quelques pistes de recherche.

Rappelons que l'enquête a pour objectif de suivre l'évolution des thèmes déjà abordés dans la première édition de l'EQSP. Le rapport vise donc non seulement à présenter des analyses descriptives succinctes sur chacun des thèmes couverts par l'enquête, mais également à mesurer les changements survenus depuis 2008. De plus, les analyses présentées pourront, pour la majorité d'entre elles, être reprises à l'échelle régionale et locale.

Habitudes de vie et comportements

Bon nombres d'études montrent que plusieurs maladies peuvent être évitées en adoptant de saines habitudes de vie. En effet, les problèmes cardiovasculaires ou respiratoires, le diabète, l'obésité, l'ostéoporose et le cancer, par exemple, sont associés à des facteurs de risque connus, tels qu'une alimentation déséquilibrée, un mode de vie inactif et l'usage du tabac. On comprend dès lors l'importance de mesurer divers indicateurs liés aux habitudes de vie et aux comportements à risque dans le cadre des grandes enquêtes sur la santé. L'information recueillie permet d'agir en amont des problèmes de santé et de créer ainsi des conditions favorables à l'adoption et au maintien de saines habitudes de vie par les individus (MSSS, 2012).

Activité physique de loisir et de transport

L'analyse des données de 2014-2015 montre que plus de 5 Québécois de 15 ans et plus sur 10 atteignent le niveau minimal recommandé en étant actif ou moyennement actif. Les résultats obtenus montrent également que 30 % des Québécois sont sédentaires. La sédentarité est associée aux caractéristiques individuelles des Québécois :

- Les femmes sont un peu plus enclines que les hommes à être sédentaires ;
- La sédentarité augmente au fur et à mesure que l'on passe du groupe d'âge des plus jeunes aux plus âgés ;
- Plus les personnes sont scolarisées, moins elles sont nombreuses en proportion à être sédentaires ;
- Les Québécois vivant dans un ménage à faible revenu sont plus susceptibles d'être sédentaires.

Des travaux ont montré que la pratique d'activité physique d'intensité modérée et régulière chez les personnes âgées, par exemple, permet de retarder le déclin des capacités fonctionnelles et cognitives, tant chez les personnes en bonne santé que chez celles qui sont atteintes de maladies chroniques (Hugues et autres, 2009). En restant actives, les personnes âgées peuvent maintenir leur indépendance et leur autonomie. Cela contribue à leur bien-être psychologique, à une meilleure appréciation de leur santé mentale et au maintien de leurs interactions sociales.

Des études épidémiologiques confirment également que l'activité physique est associée à une prévalence moindre de troubles anxieux, de troubles dépressifs et de troubles du sommeil. D'autres études récentes témoignent de l'intérêt grandissant pour l'activité physique dans les domaines de la promotion de la santé mentale et de la prévention des troubles mentaux courants (Doré, 2015). Elle serait associée à des changements psychologiques et cognitifs positifs, ainsi qu'à une réduction des symptômes dépressifs, anxieux et de l'épuisement professionnel (Lindwall et autres, 2012).

Les résultats présentés dans ce rapport vont dans le même sens ; les Québécois actifs physiquement sont moins nombreux à se situer au niveau élevé sur l'échelle de détresse psychologique et les sédentaires se retrouvent en plus grande proportion parmi les Québécois se situant au niveau élevé de détresse psychologique. La proportion de Québécois actifs est également plus élevée parmi ceux qui se déclarent très satisfaits de leur vie sociale.

Santé et hygiène buccodentaire

En 2014-2015, la proportion de Québécois de 15 ans et plus qui sont édentés est de 10 %, en légère diminution depuis 2008 (11 %). Chez les personnes de 65 ans et plus, la baisse est encore plus prononcée ; la proportion est passée de 40 % à 33 % au cours de la même période.

- Les femmes évaluent leur santé buccodentaire de manière plus favorable que les hommes et adoptent davantage les habitudes d'hygiène dentaire recommandées (brossage de dents deux fois par jour et utilisation quotidienne de la soie dentaire) ;
- Le taux d'édentation complète des hommes est cependant moins élevé ;
- Le taux d'édentation est en constante progression entre les groupes d'âges (65-74 ; 75-84 et 85 ans et plus) ;
- Les jeunes font également meilleure figure pour chacun des indicateurs de santé buccodentaire, à l'exception de l'utilisation quotidienne de la soie dentaire qui, elle, augmente à mesure que l'on passe d'un groupe d'âge plus jeune vers un groupe plus âgé ;
- Le taux d'édentation est associé au niveau de scolarité des aînés ; plus ils sont scolarisés, moins grande est la proportion de personnes édentées ;
- La proportion de personnes édentées parmi les aînés est nettement plus grande chez ceux vivant dans un ménage à faible revenu.

Dans le passé, le Québec a enregistré des taux d'édentation complète supérieurs à ceux de la plupart des pays industrialisés (Brodeur et autres, 1995). La même tendance est observée quand on compare le Québec avec d'autres provinces. En effet, les données de l'ESCC 2013-2014 montrent que le taux d'édentation complète chez les 65 ans et plus était de 15 % en Ontario, alors qu'il est de 33 % pour le Québec selon l'EQSP.

En ce qui a trait à l'hygiène buccodentaire, l'habitude de se brosser les dents deux fois par jour n'a pas changé entre 2008 et 2014-2015 ; plus des trois quarts des Québécois de 15 ans et plus ont cette habitude. Quant à l'utilisation quotidienne de la soie dentaire, la proportion a augmenté d'environ 4 %. Les hommes, les femmes et tous les groupes d'âge, sauf les 15-24 ans, ont vu leur proportion augmenter de façon significative. En outre, ce type de soins gagne en popularité avec l'âge puisque ce sont les personnes de 65 ans et plus ayant au moins une dent naturelle qui sont les plus nombreuses, en proportion, à utiliser la soie dentaire.

Malgré de meilleures pratiques en matière d'hygiène buccodentaire et la diminution du taux d'édentation, la perception de sa santé buccodentaire est demeurée stable.

Pour mieux comprendre ce qui contribue à l'édentation et à l'adoption de bonnes habitudes d'hygiène dentaire, l'analyse des données mériterait d'être approfondie afin de mieux évaluer l'effet net des différents facteurs associés comme l'âge, le sexe, le niveau de scolarité, le revenu et l'état de santé.

Boissons sucrées

Près d'un cinquième de la population québécoise de 15 ans et plus consomme des boissons sucrées quotidiennement.

- Les hommes en consomment en plus forte proportion que les femmes ;
- Les jeunes de 15-24 ans sont également plus enclins à en consommer que les autres ;
- La consommation de boissons sucrées est nettement plus fréquente chez les Québécois n'ayant pas complété des études secondaires comparativement à ceux qui détiennent un diplôme universitaire ;
- La consommation de boissons sucrées est plus importante chez les personnes vivant dans un ménage à faible revenu.

Parmi les boissons sucrées, les boissons gazeuses sont nettement plus populaires en comparaison des boissons à saveurs de fruits, des boissons pour sportifs et des boissons énergisantes. Cependant, l'analyse des données selon l'âge montre que la consommation de boissons gazeuses est plus répandue chez les personnes de 45-64 ans, alors que celle de boissons à saveurs de fruits et de boissons pour sportifs est davantage le fait des 15-24 ans.

Selon les données de l'*Euromonitor Passport International Database*, l'Amérique du Nord est la région du monde où l'on consomme le plus de boissons sucrées, suivie de près par l'Amérique latine (Popkin et Hawkes, 2015). Le Canada est le dixième pays où il se vend le plus de boissons sucrées. En moyenne, 88,1 litres de boissons sucrées par adulte y sont vendus chaque année (Arsenault, 2016). Dans plusieurs pays, les boissons sucrées représentent la source principale de sucres ajoutés dans la diète (Le Bodo et autres, 2015).

Plusieurs problèmes de santé sont associés au sucre et à la consommation de boissons sucrées, tels que la carie dentaire (Moynihan et Kelly, 2014; Sheiham et James, 2014). Avec un indice calorique élevé, les boissons sucrées, à elles seules, sont responsables d'une surconsommation de sucre dans la population. La consommation de boissons sucrées pourrait ainsi jouer un rôle dans l'épidémie d'obésité (CQPP, 2015; Babey et autres 2009; Malik et autres, 2011).

En plus des facteurs associés à la consommation de boissons sucrées qui peuvent être explorés à partir des données de l'EQSP 2014-2015, les résultats sur certains types de boissons sucrées mériteraient d'être étudiés davantage. Par exemple, la consommation quotidienne des boissons énergisantes, même par les jeunes de 15-24 ans, ne dépasse pas 1,2 %. L'analyse des données concernant la fréquence de consommation selon l'âge donnerait une image plus précise.

Statut pondéral, image corporelle et PSMA

En 2014-2015, la proportion de Québécois souffrant d'obésité est de 19 % selon l'EQSP, ce qui représente une augmentation d'environ 3 % depuis 2008. L'augmentation de l'obésité depuis 2008 est perceptible autant chez les hommes que chez les femmes. Elle l'est également chez les 25 ans et plus.

- La proportion d'hommes et de femmes souffrant d'obésité est du même ordre;
- La plus forte proportion de personnes obèses est observée chez les 45-64 ans;
- La prévalence de l'obésité est moins élevée chez les titulaires d'un diplôme universitaire que chez les personnes moins scolarisées. Cette observation se vérifie autant chez les hommes que chez les femmes;
- Les Québécois vivant dans des ménages à faible revenu sont en proportion plus nombreux à se classer dans la catégorie « obésité ».

Il est intéressant de souligner que les hommes sont nettement plus susceptibles de faire de l'embonpoint que les femmes. De même, les hommes dont le ménage est à faible revenu sont moins susceptibles de faire de l'embonpoint que les autres. Une association semblable avait été observée en 2008.

Au Canada, l'analyse des données de l'ESCC a révélé qu'entre 2003 et 2011-2012, la prévalence de l'obésité dans la population canadienne de 18 à 79 ans est passée de 18 % à 25 % et s'observe plus chez les hommes (26 %) que chez les femmes (23 %). Les plus faibles taux d'obésité se retrouvaient dans les provinces de la Colombie-Britannique (20 %) et du Québec (23 %) (Navaneelan et Janz, 2014).

Selon l'OMS, le taux d'obésité est en hausse dans l'ensemble du monde industrialisé. Les données de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) classent le Canada parmi les pays ayant les taux d'obésité les plus élevés, le plaçant au cinquième rang parmi 40 pays (Sénat, 2016).

Les principaux facteurs associés à l'obésité comprennent, entre autres, la sédentarité, la mauvaise alimentation et le revenu. L'analyse des données de l'ESCC a démontré que chez les femmes, l'obésité diminue au fur et à mesure que le revenu augmente, alors que chez les hommes, ce n'est pas le cas. À ce chapitre, les données de l'EQSP 2014-2015 mériteraient d'être explorées davantage afin de voir si les associations observées avec l'âge et le niveau de scolarité se maintiennent une fois pris en compte les autres facteurs, tels que le sexe et le revenu.

L'alimentation, et tout particulièrement la consommation de sucre, constitue un enjeu important. Selon l'OMS, un apport en sucres libres inférieur à 10 % de la ration énergétique totale réduit le risque de surpoids, d'obésité et de carie dentaire. L'objectif de réduction de l'apport en sucres libres de l'OMS pourrait guider certains pays dans la mise en œuvre d'interventions en santé publique, comme l'étiquetage nutritionnel des produits alimentaires, la limitation des stratégies de marketing auprès des enfants pour vendre des aliments et des boissons non alcoolisées riches en sucres libres, la révision des politiques fiscales ciblant les aliments et les boissons riches en sucres libres et l'ouverture d'un dialogue avec l'industrie agroalimentaire en vue de réduire la quantité de sucre dans les aliments transformés (Tozzi et Diamond, 2016). À cet égard, un comité sénatorial canadien recommande que le Guide alimentaire canadien, qui date de 2007, soit révisé rapidement afin d'aider à contrer le problème de l'obésité (Sénat, 2016).

Rappelons que dans le cadre de l'EQSP 2014-2015, la consommation de boissons sucrées a été mesurée. Étant donné les liens existant entre le surpoids et la consommation de sucre, des analyses supplémentaires pourraient être réalisées afin de mieux documenter cette problématique.

En ce qui a trait aux tentatives pour maintenir ou perdre du poids, elles peuvent conduire à l'utilisation de différentes méthodes, dont certaines peuvent être dangereuses. Bien qu'on observe une augmentation de la proportion de personnes ayant tenté de perdre du poids ou de maintenir leur poids, l'analyse des données montre que la proportion de Québécois de 15 ans et plus ayant recours à des méthodes présentant un potentiel de dangerosité n'a pas changé entre 2008 et 2014-2015 et que la proportion de personnes ayant suivi des diètes ou des programmes d'amaigrissement est en baisse.

- Les personnes dont le ménage est à faible revenu ont recours en plus grande proportion à des méthodes jugées dangereuses pour perdre du poids ;
- Les Québécois qui n'ont pas complété de DES sont plus susceptibles de recourir à des méthodes présentant un potentiel de dangerosité.

Plusieurs méthodes saines pour la perte de poids ont également été mesurées et pourraient faire l'objet d'analyses plus approfondies. L'évolution des différents types de moyens utilisés par les Québécois de 15 ans et plus pour perdre ou maintenir leur poids mériterait d'être étudiée davantage afin de dresser un meilleur profil de ceux qui utilisent des méthodes présentant des risques potentiels pour la santé.

Usage de la cigarette

Les nouvelles données de l'EQSP 2014-2015 viennent confirmer la baisse de l'usage de la cigarette par les Québécois. Ce phénomène, observé autant chez les fumeurs réguliers qu'occasionnels, fait en sorte que la proportion de ceux et celles qui sont considérés comme des « fumeurs actuels » est passée de 24 % en 2008 à 19 % en 2014-2015. Cette baisse est perceptible dans presque tous les groupes d'âge, autant chez les hommes que chez les femmes.

- Les hommes sont plus enclins à faire usage de la cigarette que les femmes ;
- La plus faible proportion de « fumeurs actuels » est observée chez les aînés ;
- Les Québécois dont la scolarité est inférieure au niveau collégial sont plus susceptibles d'être des « fumeurs actuels » ;
- L'usage de la cigarette est plus répandu chez les Québécois vivant dans un ménage à faible revenu.

Malgré les progrès constatés dans la proportion de fumeurs actuels au Québec, la lutte contre le tabagisme demeure l'un des principaux enjeux du Programme national de santé publique 2015-2025 (MSSS, 2015). Peut-on s'attendre à ce que la proportion de fumeurs continue à diminuer au Québec, et tout particulièrement dans un contexte où la Loi concernant la lutte contre le tabagisme se fait de plus en plus restrictive ? Compte tenu des méfaits de l'usage de la cigarette et des produits du tabac sur l'état de santé des Québécois, il est important d'assurer un suivi de ce problème.

Rappelons que selon la dernière enquête sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire (ETADJES), réalisée en 2013, on note une baisse importante de la consommation de tabac chez les jeunes (Traoré et autres, 2014). Si les jeunes continuent d'être de moins en moins nombreux à se mettre à fumer, peut-on croire que cela va contribuer à faire diminuer la proportion de fumeurs au Québec ? Sans pouvoir répondre à cette question, il est intéressant de souligner qu'entre 2008 et 2014-2015, la proportion de fumeurs actuels chez les 15 à 24 ans est passée de 26 % à 18 %, selon l'EQSP.

Consommation de drogues

L'étude montre que 17 % des Québécois de 15 ans et plus déclarent avoir consommé de la drogue au cours des 12 derniers mois. Cette proportion représente une augmentation par rapport à celle observée en 2008 (13 %). Ce constat s'observe tant chez les hommes que chez les femmes et pour chacun des groupes d'âge.

- La consommation de drogues est plus répandue chez les hommes ;
- Les personnes de 65 ans et plus sont moins concernées par la consommation de drogues ;
- La consommation de drogues n'est pas un phénomène associé au niveau de scolarité ni au revenu du ménage.

L'examen des résultats concernant tout particulièrement la consommation de cannabis montre une augmentation de la consommation depuis 2008, la proportion des consommateurs passant de 12 % à 15 % en 2014-2015.

Aux États-Unis, selon l'enquête du *National Survey on Drug Use and Health* réalisée auprès de la population âgée de 12 ans et plus, la prévalence de la consommation de drogues (toutes drogues confondues) est passée de 8 % en 2002 à 9 % en 2013, ce qui pourrait être attribuable principalement à la hausse de la consommation de cannabis entre 2007 et 2013 (6 % contre 8 %) (National Institute on Drug Abuse, 2015).

Le cannabis est la drogue la plus consommée dans la population québécoise de 15 ans et plus, particulièrement chez les jeunes de 15 à 24 ans, chez les personnes ayant un diplôme d'études secondaires ou d'études collégiales et chez les personnes qui fument de façon régulière ou occasionnelle.

Une étude plus approfondie du profil des consommateurs de cannabis s'impose, et ce particulièrement en fonction de la fréquence de consommation, puisque la recherche a démontré que les risques associés à cette drogue dépendent de la fréquence de sa consommation (Hall, 2015). Si le Québec a connu une augmentation de 3 % de la consommation de cannabis dans tous les groupes d'âge, est-ce seulement l'indication que la consommation « au moins une fois dans les 12 derniers mois » a augmenté, ou est-ce l'indication que la proportion de ceux qui fument « à tous les jours » a également augmenté ? L'augmentation observée est-elle surtout attribuable aux personnes qui ont « essayé de fumer du cannabis » une seule fois au cours de l'année ? De plus, en s'intéressant au profil des consommateurs de cannabis, l'analyse des données pourrait être davantage approfondie en tenant compte de la consommation combinée de cigarettes et d'autres drogues, ainsi que des caractéristiques sociodémographiques et de santé des Québécois.

Sexualité

Mentionnons d'entrée de jeu que selon l'EQSP, 75 % des Québécois âgés de 15 ans et plus sont sexuellement actifs en 2014-2015, les hommes l'étant davantage que les femmes. La proportion de personnes sexuellement actives augmente entre 15 et 44 ans pour ensuite enregistrer une diminution.

Parmi les moyens de contraception habituellement utilisés et qui sont documentés dans l'EQSP 2014-2015, le condom, la pilule contraceptive et la vasectomie sont les plus utilisés. Mentionnons également que l'utilisation d'un moyen contraceptif chez les hommes est associée au niveau de scolarité et au revenu du ménage ; ceux qui sont moins scolarisés, ou encore ceux vivant dans un ménage à faible revenu, sont moins susceptibles d'en faire usage.

L'analyse des données concernant l'utilisation du condom montre que son utilisation occasionnelle a augmenté depuis 2008, alors que la proportion de la population utilisant un condom lors de toutes les relations sexuelles et celle n'y ayant jamais recours ont diminué.

- Les hommes sont plus nombreux à utiliser le condom de manière systématique, alors que les femmes sont proportionnellement plus nombreuses à ne jamais l'utiliser ;
- L'usage du condom lors de toutes les relations sexuelles est plus répandu parmi les jeunes de 15-24 ans et diminue à mesure que l'âge augmente ;
- 28 % des jeunes de 15-24 ans sexuellement actifs n'utilisent jamais le condom.

Dans un contexte où les ITS sont en augmentation au Québec, il importe de raffiner les analyses concernant l'utilisation du condom afin de mieux identifier les populations à risque. Selon des études récentes, il y a davantage de cas de syphilis infectieuse déclarés au Québec depuis le début des années 2000. La vaste majorité des cas en 2013, soit 95 %, touchent les hommes, particulièrement ceux ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (INSPQ, 2015). En ce qui a trait au VIH, il y aurait une diminution du nombre de cas. Toutefois, la moyenne annuelle de 335 nouveaux diagnostics, enregistrée au cours des cinq dernières années, pourrait être en deçà du nombre réel, car on estime que 25 % des personnes infectées ne sont pas encore au courant du fait qu'elles le sont.

Les résultats concernant l'utilisation systématique du condom depuis 2008, présentés dans ce rapport, ne sont pas faciles à interpréter. Il y aurait lieu d'affiner les analyses pour mieux comprendre dans quels groupes de la population l'usage du condom est systématique, en tenant compte, entre autres, du nombre de partenaires et de l'âge.

En 2014-2015, 16 % des Québécois actifs sexuellement de 15 ans et plus ont passé un test de dépistage pour des infections transmises sexuellement.

- Le dépistage des ITS est davantage répandu chez les femmes ;
- Les jeunes de 15 à 24 ans sont plus susceptibles de passer un test de dépistage ;
- Les Québécois ayant plus d'un partenaire sexuel sont plus susceptibles de passer un test de dépistage pour les ITS.

Selon les données de l'EQSP 2014-2015, seulement 1,1 % de la population active sexuellement a reçu un diagnostic d'ITS au cours des 12 derniers mois. Comme cet indicateur n'a pas été mesuré en 2008, on ne peut pas contextualiser ces résultats à la lumière des travaux réalisés par l'INSPQ ou encore par ceux réalisés par l'Agence de santé publique du Canada (2015) qui ont constaté une augmentation des cas déclarés. Il sera intéressant de voir dans une prochaine édition dans quel sens cette proportion évoluera.

Contraception hormonale combinée (CHC) chez les fumeuses

Une très faible proportion de femmes de 36 à 49 ans ne respecte pas les recommandations consistant à éviter l'usage combiné de la cigarette et d'une CHC (1,3 %). Cette proportion était faible en 2008 également.

- Les diplômées universitaires se distinguent des femmes moins scolarisées par une proportion moindre ayant fait usage à la fois de la cigarette et d'une CHC ;
- On ne note pas d'association significative entre la mesure de faible revenu et l'usage combiné de la cigarette et d'une CHC.

Examens médicaux préventifs

En tant que pratique clinique préventive, la mesure de la tension artérielle doit se faire à chaque consultation pertinente. D'après les données de l'EQSP 2014-2015, la grande majorité des Québécois âgés de 18 ans et plus (85 %) a fait prendre sa tension lors du dernier examen, une augmentation depuis 2008 (83 %).

- Les femmes sont légèrement plus nombreuses, en proportion, à avoir fait ce type d'examen ;
- La proportion de personnes à avoir fait ce type d'examen augmente avec l'âge, et plus particulièrement chez les personnes âgées de 65 ans et plus (92 %). Ces personnes affichent tout de même une diminution comparativement à 2008. Mais dans l'ensemble, la prise de la tension artérielle par les médecins chez la population de 18 ans et plus représente un progrès de 2 %.

En ce qui a trait au test de Pap, 67 % des femmes de 18 à 69 ans en ont passé un au cours des trois dernières années, une diminution par rapport à 2008. Il est intéressant de noter que plus des trois quarts des femmes de 25 à 44 ans visées par le dépistage du cancer utérin ont passé le test de Pap depuis moins de trois ans, tandis que celles âgées de 45 à 69 ans l'ont fait en proportion moindre.

- La proportion de femmes ayant passé le test de Pap augmente au fur et à mesure que le niveau de scolarité s'accroît ;
- Les femmes vivant dans un ménage à faible revenu sont moins susceptibles de passer un test de Pap.

État de santé physique et mentale

Trois thématiques de l'EQSP permettent de décrire en partie l'état de santé physique et mentale de la population. Les blessures peuvent entraîner des séquelles importantes sur l'état de santé, tout particulièrement chez les personnes âgées. La perception de l'état de santé reflète l'appréciation globale que fait l'individu de sa propre santé. Cet indicateur est fortement corrélé à l'état de santé et largement utilisé dans les enquêtes. Enfin, la santé mentale, thématique pour laquelle peu de données sont disponibles au Québec, est abordée par le biais de quelques indicateurs : la satisfaction à l'égard de sa vie sociale, la détresse psychologique, les idées et tentatives de suicide.

Blessures

D'après les données de 2014-2015, la proportion de Québécois victimes de blessures attribuables à des mouvements répétitifs est la même qu'en 2008 (12 %). Quant aux blessures non intentionnelles, la proportion a légèrement augmenté, passant de 11 % en 2008 à 12 % en 2014-2015.

- Si la proportion des hommes ne se différencie pas de celle des femmes en ce qui concerne les blessures attribuables à des mouvements répétitifs, les hommes sont plus susceptibles d'être victimes de blessures non intentionnelles ;
- Les blessures attribuables à des mouvements répétitifs sont davantage répandues chez les Québécois de 45-64 ans, alors que les blessures non intentionnelles le sont davantage chez les 15-24 ans ;
- Les Québécois vivant dans un ménage à faible revenu sont moins touchés par les blessures attribuables à des mouvements répétitifs, de même que par les blessures non intentionnelles.

Les résultats de l'EQSP 2014-2015 permettent de tenir compte du type d'activité pratiqué lors des blessures attribuables à des mouvements répétitifs ou des blessures non intentionnelles. L'analyse de ces données pourrait contribuer à soutenir l'élaboration de programmes de prévention qui soient davantage ciblés. Les données montrent, par exemple, que 39 % des Québécois ayant subi des blessures non intentionnelles se sont blessés lors de la pratique d'un sport ou d'exercices physiques. Cette proportion grimpe à 67 % chez les jeunes de 15 à 24 ans. De même, les données entourant les circonstances des blessures (genre de blessure et soins reçus) n'ont pas été analysées dans le cadre du présent rapport. En accordant une plus grande attention au contenu de ces données, on contribuerait, sans aucun doute, à mieux comprendre la problématique des blessures.

Les chutes chez les personnes âgées constituent une préoccupation majeure, compte tenu des impacts potentiels que cela peut avoir sur la détérioration de leur état de santé. Mentionnons qu'en 2008-2009, près du tiers des Québécois de 65 ans et plus se disait préoccupé par la possibilité de faire une chute (Fournier et autres, 2012).

La façon de mesurer les chutes dans l'EQSP 2014-2015 permet d'évaluer la proportion de personnes de 65 ans et plus qui ont fait au moins une chute suffisamment grave au cours des 12 derniers mois pour limiter leurs activités normales. En 2014-2015, 3,8 % de la population de 65 ans et plus s'est blessée en faisant une chute.

- Les hommes de ce groupe d'âge sont moins sujets aux chutes que les femmes du même groupe d'âge ;
- Les personnes de 65 ans et plus vivant seules sont plus susceptibles d'avoir fait une chute au cours des 12 derniers mois ;
- Le domicile est le lieu où les aînés se sont le plus souvent blessés par chute au cours des 12 derniers mois.

Perception de son état de santé

En 2014-2015, une majorité de Québécois s'estime en excellente ou en très bonne santé (56 %), tandis qu'environ un Québécois sur 10 considère son état de santé comme étant passable ou mauvais. Aucun changement n'a été observé depuis 2008.

- La proportion de personnes estimant que leur santé est passable ou mauvaise augmente de façon significative à partir de 45 ans ;
- À mesure que le niveau de scolarité augmente, la proportion de personnes percevant leur santé comme étant passable ou mauvaise diminue ;
- Les Québécois vivant dans un ménage à faible revenu sont plus susceptibles de considérer leur état de santé comme étant passable ou mauvais.

L'augmentation de la perception négative de sa santé avec l'âge est à mettre en relation avec l'accroissement de la prévalence des problèmes de santé chroniques et de leur comorbidité avec l'âge. Outre les problèmes physiques liés au vieillissement (maladies et incapacités), d'autres facteurs comme les variables socioéconomiques, les comportements et les caractéristiques psychosociales peuvent expliquer l'association entre l'âge et la santé perçue (Shields et Shooshtari, 2001).

L'âge combiné à la composition du ménage pourrait aussi constituer un facteur important dans le fait que les personnes vivant seules – et plus du tiers des personnes de 65 ans et plus vivent seules – estiment ne pas être en bonne santé dans une plus grande proportion par rapport aux autres types de ménage.

Il importe également de noter que la relation entre le statut socioéconomique et l'autoévaluation de la santé persiste même lorsque l'on tient compte de l'influence d'autres facteurs comme l'âge, la santé physique, les comportements influant sur la santé et les facteurs psychosociaux (Shields et Shooshtari, 2001).

L'influence des comportements sur la perception de l'état de santé mériterait une analyse plus approfondie et permettrait de mieux identifier les facteurs associés à une perception positive ou négative de la santé. Par exemple, les résultats de l'analyse bi-variée montrent que les fumeurs réguliers sont moins nombreux à s'estimer en très bonne ou excellente santé. De même, la perception est associée au niveau d'activité physique de loisir et de transport dans le sens attendu. En y ajoutant d'autres indicateurs relatifs aux habitudes de vie et aux comportements préventifs, il serait intéressant de connaître les facteurs qui demeurent associés à la perception de l'état de santé une fois pris en compte l'effet des autres facteurs.

Santé mentale

Mentionnons qu'en 2014-2015, la quasi-totalité de la population est « satisfaite » de sa vie sociale.

- Les Québécois de 65 ans et plus sont proportionnellement moins nombreux à être insatisfaits de leur vie sociale ;
- Les personnes ayant un niveau de scolarité inférieur au DES sont proportionnellement plus nombreuses à se déclarer très satisfaites de leur vie sociale ;
- Les personnes à faible revenu sont plus enclines à vivre de l'insatisfaction à l'égard de leur vie sociale.

Entre 2008 et 2014-2015, la proportion de personnes étant « très satisfaites » de leur vie sociale a augmenté, mais cette augmentation est significative chez les femmes seulement. Une évolution à la hausse de la population très satisfaite est également constatée chez les personnes de 45 à 64 ans et de 65 ans et plus. Autre résultat à noter, la proportion de la population « insatisfaite » de sa vie sociale a diminué, tant chez les hommes que chez les femmes, et dans tous les groupes d'âge, sauf chez les 15-24 ans.

Les résultats de l'EQSP 2014-2015 concernant la détresse psychologique montrent que :

- Comparativement aux hommes, les femmes sont plus susceptibles de présenter un niveau élevé sur l'échelle de détresse psychologique ;
- Les personnes de 65 ans et plus sont moins nombreuses, en proportion, à se situer au niveau élevé sur l'échelle de détresse psychologique ;
- Les personnes dont le niveau de scolarité est inférieur au DES montrent la plus grande proportion de personnes se situant au niveau élevé de l'échelle de détresse psychologique ;
- Les Québécois vivant dans un ménage à faible revenu sont proportionnellement plus nombreux à se situer au niveau élevé sur l'échelle de détresse psychologique.

Une augmentation de la proportion de personnes se situant au niveau élevé sur l'échelle a été observée chez les femmes, et plus particulièrement chez celles âgées de 15 à 24 ans et de 65 ans et plus. Chez les hommes, ce sont uniquement ceux âgés de 45 à 64 ans qui présentent une proportion plus élevée en 2014-2015.

Au chapitre des idées suicidaires, les résultats de l'EQSP montrent que 2,8 % de la population québécoise a eu des idées suicidaires sérieuses au cours des 12 derniers mois. Cette proportion demeure inchangée depuis l'enquête de 2008, de même que les tentatives de suicide qui sont demeurées du même ordre.

- Les personnes de 65 ans et plus sont moins nombreuses à avoir eu des idées suicidaires ;
- Les personnes vivant dans un ménage à faible revenu sont plus nombreuses en proportion à avoir eu de telles pensées.

Selon les données les plus récentes, la baisse du taux de suicide amorcée au début des années 2000 au Québec semble s'être interrompue. Le suicide est la première cause de décès traumatiques dans l'ensemble de la population québécoise, devant les traumatismes routiers (Légaré et autres, 2016). Les données canadiennes les plus récentes placent le Québec au troisième rang des provinces où le taux de suicide est le plus élevé. Au niveau international, le taux de suicide du Québec se situe au 9e rang sur 22 États membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) (Légaré et autres, 2016). En considérant le nombre de personnes touchées par le suicide de manière directe ou indirecte, il importe de poursuivre les analyses sur les facteurs liés à ces questions. Par exemple, les moyens envisagés pour se suicider ont été documentés dans l'EQSP 2014-2015 mais n'ont pas été analysés. Ces données sont pertinentes quand on connaît l'importance de restreindre l'accès aux moyens utilisés pour s'enlever la vie ; ces restrictions d'accès aux moyens sont reconnues efficaces pour diminuer les suicides (Florentine et Crane, 2010 ; cité dans Légaré et autres, 2016). D'autres indicateurs sont disponibles, comme la consultation d'un professionnel ou d'une ligne d'aide téléphonique à la suite de pensées suicidaires dans les 12 derniers mois, ou encore une visite à l'urgence à la suite d'une tentative de suicide.

Santé environnementale

Les bruits sont associés à l'environnement immédiat des individus et peuvent créer une nuisance plus ou moins grande et affecter la qualité de vie de la population. Très peu de données existent à l'heure actuelle sur la population dérangée par les bruits et celle dont le sommeil est perturbé par le bruit. La rhinite allergique est un problème de santé qui est causé ou aggravé par le milieu de vie de l'individu. Il importe de suivre la prévalence de la rhinite et son association avec les caractéristiques de l'environnement.

Bruits

Environ 16 % de la population est fortement dérangée par au moins une forme de bruit à son domicile. Les travaux de construction, la circulation routière et les bruits du voisinage (personnes à l'extérieur ou à l'intérieur) dérangent fortement environ 4 % de la population québécoise, pour chaque forme de bruit.

- Les hommes sont proportionnellement moins dérangés par le bruit ambiant ;
- Le fait d'être fortement dérangé par les bruits et celui d'avoir le sommeil souvent perturbé par le bruit affectent en moins grande proportion les personnes de 65 ans et plus ;
- En ce qui concerne les bruits ambiants, les personnes à faible revenu sont plus nombreuses en proportion à être fortement dérangées par au moins une source de bruit dans leur environnement et à avoir leur sommeil souvent perturbé par le bruit à domicile.

Le bruit de la circulation routière est considéré comme celui qui est le plus dérangeant par les Canadiens (Michaud et autres, 2005). Près de 7 % des Canadiens étaient fortement dérangés par les bruits de la circulation routière. Dans cette étude, on note cependant peu d'évolution dans le nombre de personnes dérangées par le bruit sur une période de 3 ans.

À l'heure actuelle, peu de données existent au Québec pour documenter la problématique du bruit dans l'environnement et les désagréments causés par celui-ci. La reprise de cette thématique dans une prochaine EQSP permettra d'en mesurer l'évolution dans l'avenir.

Les indicateurs de bruits environnementaux ne peuvent faire abstraction des variables géographiques disponibles dans l'EQSP. Nous connaissons maintenant les prévalences à l'échelle québécoise pour ce thème, mais elles doivent être étudiées à un niveau plus local, dans des secteurs où les sources de pollution sonore sont connues. De plus, le bruit est une nuisance pour laquelle des règlements, des normes et des seuils existent, mais les acteurs impliqués diffèrent selon la source de bruit (Ministère des Transports, municipalités).

Les différences de proportion dans la population dérangée par le bruit selon le revenu laissent supposer qu'il y a des inégalités sociales dans l'exposition même aux bruits ambiants. L'analyse des associations documentées avec le statut socioéconomique n'a été qu'amorcée dans le rapport. Une personne sur cinq sous le seuil de faible revenu, et plus d'un Québécois sans emploi sur cinq, se dit fortement dérangé à la maison par au moins une source de bruit.

De futures analyses relèveront sûrement la présence de disparités régionales dans le dérangement par le bruit (Dale et autres, 2015). Une analyse spatiale des sources de bruit associées aux transports en Montérégie révèle que les populations à faible statut socioéconomique en milieu urbain ont un risque plus élevé d'être exposées à la pollution sonore que les populations favorisées (ASSS-Montérégie, 2011). L'étendue des réseaux routier et ferroviaire est nettement supérieure dans les secteurs défavorisés comparativement aux secteurs favorisés. Ce constat s'applique aussi au mode de transport aérien puisqu'une proportion plus grande des surfaces des secteurs défavorisés est davantage survolée par les avions.

Rhinite allergique

Entre 2008 et 2014-2015, la proportion de Québécois de 15 ans et plus ayant ressenti des symptômes de rhinite allergique ou ayant reçu un diagnostic de rhinite allergique au cours de sa vie est demeurée stable (autour de 17 %).

- Les hommes sont proportionnellement moins dérangés par la rhinite allergique ;
- Le fait de souffrir de rhinite allergique affecte en moins grande proportion les personnes de 65 ans et plus ;
- La prévalence des symptômes de rhinite allergique augmente avec le niveau de scolarité ;
- Les personnes vivant dans un ménage à faible revenu sont moins nombreuses en proportion à déclarer des symptômes de rhinite allergique ou à avoir été diagnostiquées pour ce problème.

Les analyses régionales et locales sont indispensables puisqu'un lien très fort a été établi entre la présence d'herbe à poux et la rhinite saisonnière (MSSS, 2011 ; Canuel et Lebel, 2012).

En combinant les profils des personnes qui ont des symptômes de rhinite allergique et des personnes qui ont eu un diagnostic (avec ou sans symptômes), la prévalence potentielle de cette maladie grimpe à 27 % de la population québécoise. Il serait important de décrire davantage cette population avec certaines caractéristiques personnelles et des variables qui sont présentes dans le questionnaire, mais qui n'ont pas été analysées dans le rapport. Par exemple, les facteurs déclenchant les symptômes, les mois de l'année au cours desquels les symptômes se manifestent et les limitations d'activités attribuables aux symptômes d'allergie.

L'association avec le niveau de scolarité et le revenu soulève également des questions sur l'accès au dépistage, au diagnostic, sur les connaissances des individus sur cette affection et sur l'accès aux services selon la région habitée.

Pour l'instant, la prévalence de la rhinite allergique demeure stable entre 2008 et 2014-2015. On peut tout de même douter de cette stabilité dans l'avenir, en considérant les facteurs des changements climatiques et de la pollution de l'air (D'Amato et autres, 2015).

Santé au travail

En 2014-2015, l'EQSP a donné une place plus importante aux indicateurs de santé au travail. Les indicateurs de la santé en milieu de travail dont les résultats sont présentés dans le rapport sont de nouvelles mesures dans l'EQSP. Ce choix a été fait dans le but de présenter le potentiel d'analyse des thématiques pour lesquelles il existe très peu de données à l'échelle québécoise.

Une thématique est toutefois reprise de l'édition 2008 : il s'agit du niveau de contraintes physiques. Environ 22 % des travailleurs québécois sont exposés à un niveau élevé de contraintes physiques en milieu de travail, et cette proportion est demeurée stable entre 2008 et 2014-2015.

- Proportionnellement, ce sont davantage les hommes qui ont un niveau élevé de contraintes physiques ;
- La proportion de jeunes travailleurs de 15 à 24 ans exposés à un niveau élevé de contraintes physiques dans le cadre de leur travail est plus élevée que dans les autres groupes d'âge ;
- Les travailleurs ayant un diplôme universitaire sont moins exposés à un niveau élevé de contraintes physiques ;
- Les travailleurs vivant dans un ménage à faible revenu sont plus exposés à un niveau élevé de contraintes physiques.

Selon l'EQSP 2014-2015, le quart des travailleurs québécois de 15 ans et plus a souffert de troubles musculosquelettiques non traumatiques liés au travail au cours des 12 derniers mois.

- La proportion de travailleurs ayant des TMS augmente à mesure que la catégorie professionnelle requiert moins de formation (de 19 % chez les gestionnaires à 29 % chez les professions élémentaires).

En ce qui a trait à la conciliation travail-famille, environ un travailleur sur 10 a de la difficulté à accorder ses horaires de travail avec ses engagements sociaux et familiaux en 2014-2015.

- Une plus grande proportion d'hommes que de femmes estime avoir des difficultés avec la conciliation travail-famille ;
- Les travailleurs ayant un diplôme de niveau collégial ou plus ont davantage de difficultés à accorder leurs horaires de travail avec leurs engagements sociaux et familiaux que les travailleurs présentant un niveau de scolarité inférieur au DES ;
- Les travailleurs vivant dans un ménage à faible revenu estiment en plus grande proportion avoir des difficultés à concilier le travail et la famille.

Quant au harcèlement psychologique au travail, un peu plus d'un travailleur sur cinq se dit victime de ce problème en 2014-2015. Parmi ceux-ci, 17 % déclarent que ce problème survient à l'occasion et 3,2 % souvent ou très souvent.

- Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à estimer en être victime ;
- Les travailleurs vivant dans un ménage à faible revenu se disent plus souvent victimes « à l'occasion » de harcèlement psychologique au travail.

Environ 16 % des travailleurs présentent un niveau élevé de détresse psychologique liée à leur travail.

- Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à associer leur travail aux sentiments de détresse psychologique ressentis au cours des 4 dernières semaines ;
- Les travailleurs vivant dans un ménage à faible revenu associent davantage, en proportion, leur travail aux sentiments de détresse psychologique.

Enfin, 3,4 % des Québécois souffrent de surdité ou ont de la difficulté à bien entendre à cause de l'exposition au bruit au travail.

- Les hommes sont plus nombreux à souffrir de surdité attribuable au travail ;
- Les Québécois âgés de 65 ans et plus sont proportionnellement plus nombreux à présenter une surdité attribuable au travail actuel ou passé ;
- La surdité attribuable au travail est également plus répandue chez les Québécois ayant un niveau inférieur au DES, mais il n'y a pas d'association significative avec le revenu.

L'EQSP regorge d'informations sur la santé au travail. Les quelques pistes de recherche qui se dégagent des analyses effectuées dans ce rapport ne sont que la pointe de l'iceberg. En plus des liens avec le sexe et l'âge des travailleurs, plusieurs des indicateurs présentés sont fortement associés à de moins bonnes conditions de travail qui sont dépeintes par les variables du secteur d'activité économique et du type de profession (niveau élevé de contraintes physiques, TMS attribuables au travail). Des analyses plus fines, en fonction des contraintes physiques et organisationnelles du travail ou de l'âge des travailleurs, permettront de dresser un portrait plus juste du monde du travail à partir de données substantielles à l'échelle du Québec, des régions et des localités.

Certains résultats sur la conciliation travail-famille mériteraient des analyses réalisées plus en profondeur. D'une part, les travailleurs ayant un diplôme ou un certificat d'études collégiales ou un diplôme universitaire sont proportionnellement ceux qui rencontrent le plus de difficultés dans la conciliation travail-famille lorsqu'on les compare aux travailleurs ayant un niveau de scolarité inférieur au DES. Les hommes éprouvent davantage de difficultés que les femmes à concilier le travail et les engagements sociaux et familiaux. D'autre part, en ce qui a trait au type de profession, les travailleurs de catégorie manuelle et ceux de la catégorie mixte sont proportionnellement plus nombreux à avoir de la difficulté dans la conciliation travail-famille que les travailleurs de catégorie non manuelle. Ce dernier résultat porte à croire que la conciliation est liée à de meilleures conditions de travail, mais l'analyse selon le niveau de scolarité ne donne pas des résultats similaires.

Les facteurs associés au harcèlement psychologique au travail pourraient être étudiés davantage. Certaines données sont entre autre disponibles sur la source du harcèlement (supérieurs, employés, collègues, clients, patients).

Le fait que davantage de femmes que d'hommes associent leurs sentiments de détresse psychologique au travail, et le fait qu'elles travaillent davantage dans le domaine des services, constituent une amorce de réflexion. Les hommes, qui sont proportionnellement moins présents dans le domaine des services, sont plus touchés que les femmes par les contraintes physiques du travail.

Enfin, les travailleurs vivant dans des ménages à faible revenu ont davantage de contraintes physiques et de TMS non traumatiques liés au travail, ce qui est probablement attribuable au fait qu'ils occupent de moins bons emplois et effectuent plus de travail manuel. Effectivement, les facteurs de risque des TMS sont principalement les contraintes physiques du travail (incluant la position debout), mais il serait intéressant de mener une recherche sur les contraintes psychosociales du travail et d'autres facteurs personnels (Stock et autres, 2013).

De par la taille de son échantillon (45 760 répondants), l'éventail des thématiques abordées et sa perspective comparative, le potentiel des données de l'EQSP pour l'étude de la santé des Québécois va bien au delà de ce qui est présenté dans ce premier rapport.

Les résultats fournissent des renseignements utiles, non seulement pour la surveillance de l'état de santé de la population, mais aussi pour l'orientation des politiques et programmes, notamment en traçant le profil des groupes les plus vulnérables sur le plan de la santé. Cette première série de résultats tirés de l'EQSP 2014-2015 sera sans nul doute enrichie par des analyses complémentaires permettant d'approfondir certains aspects des thèmes étudiés brièvement dans ce rapport.

RÉFÉRENCES

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE (ASSS-Montérégie) (2011). *Portrait de l'habitat dans des milieux défavorisés en Montérégie*, Direction de santé publique.

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2015). *Rapport sur les infections transmissibles sexuellement au Canada : 2012*, Ottawa, n° HP37-10/2012F-PDF au catalogue.

ARSENAULT, B. (2016). *The International Chair on Cardiometabolic Risk Global Sugar-Sweetened Beverage Sale Barometer*, [En ligne]. [www.myhealthywaist.org/editorials/full-text/comm/2221/3/index.html] (Consulté le 14 juin 2016).

BABEY, S. H., et autres (2009). *Bubbling over: soda consumption and its link to obesity in California*, [En ligne]. [eprints.cdlib.org/uc/item/1fj3h5cj] (Consulté le 31 mai 2016).

BRODEUR, et autres (1995). *Étude sur la santé buccodentaire des adultes de 18 ans et plus du Québec*, Montréal, Direction de la santé publique de Montréal-Centre, 73 p.

CANUEL, M., et G. LEBEL (2012). *Prévalence des symptômes et du diagnostic de la rhinite allergique chez les 15 ans et plus au Québec*, 2008, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 61 p.

COALITION QUÉBÉCOISE SUR LA PROBLÉMATIQUE DU POIDS (CQPP) (2015). *Boissons sucrées*, [En ligne]. www.cqpp.qc.ca/fr/priorites/boissons-sucrees (Consulté le 20 juin 2016).

COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE (Sénat) (2016). *L'obésité au Canada, une approche pansociétale pour un Canada en meilleure santé*, [En ligne]. [www.parl.gc.ca/content/sen/committee/421/SOCI/Reports/2016-02-25_Revised_report_Obesity_in_Canada_f.pdf] (consulté le 17 août 2016).

DALE, L. M., et autres (2015). "Socioeconomic status and environmental noise exposure in Montreal, Canada", *BMC public health*, vol. 15, p. 205.

D'AMATO, G., et autres (2015). *Effects on asthma and respiratory allergy of Climate change and air pollution*, [En ligne]. [mrmjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40248-015-0036-x] (Consulté le 5 janvier 2016).

DORÉ, I. (2015). « Bouger pour être en bonne santé… mentale ! *Synthèses de l'équipe nutrition-activité physique – poids* », *TOPO*, Institut national de santé publique du Québec, n° 10, 8 p.

FOURNIER, C., L. LECOURS et M. GAGNÉ (2012). « Les chutes chez les personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile au Québec. Ce que révèle l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Vieillissement en santé 2008-2009 » Institut de la statistique du Québec, *Zoom santé*, n° 39, novembre, 8 p.

HALL, W. (2015). " What has research over the past two decades revealed about the adverse health effects of recreational cannabis use? ", *Addiction*, vol. 110, n° 1, p. 19-35.

HUGHES, S. L., et autres (2009). " Best-practice physical activity programs for older adults : findings from the National Impact Study ", *American Journal of Public Health*, vol. 99, n° 2, p. 362-368.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ) (2015). *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec. Année 2014 (et projections 2015). Rapport*, Québec, Gouvernement du Québec, Direction des risques biologiques et de la santé au travail, 135 p.

LE BODO et autres (2015). "Is sugar the new tobacco? Insights from laboratory studies, consumer surveys and public health", *Current Obesity Reports*, vol. 4, n° 1, p. 111-121.

LÉGARÉ, G., M. GAGNÉ, C. ALIX et autres (2016). *La mortalité par suicide au Québec : 1981 à 2013 – Mise à jour 2016*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 24 p.

LINDWALL, et autres (2012). "Selfreported physical activity and aerobic fitness are differently related to mental health", *Mental Health and Physical Activity*, vol. 5, n° 1, p. 28-34.

MALIK, V. S., et autres (2011). "Sugar-sweetened beverages, obesity, type 2 diabetes mellitus, and cardiovascular disease risk", *Circulation*, vol. 121, nº 11, p. 1356-1364.

MICHAUD, D. S., S. E. KEITH et D. McMURPHY (2005). "Noise Annoyance in Canada", *Noise and Health*, vol. 7, nº 27, p. 39-47.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (MSSS) (2011). *La rhinite allergique au Québec*, Québec, Direction des communications, 14 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (MSSS) (2012). *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids*, Québec, 50 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2015). *Programme national de santé publique 2015-2025*, [En ligne]. [publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-216-01W.pdf] (Consulté le 27 juin 2016)

NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (2015). "Drug Facts: Nationwide Trends", [En ligne]. [www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/nationwide-trends]. (Consulté le 29 juillet 2015) ; 8 p.

NAVANEELAN, T., et T. JANZ (2014). « Ajuster l'aiguille de la balance : l'obésité dans la population canadienne après correction pour tenir compte du biais des répondants », Statistique Canada, nº 82-624-X au catalogue - *Coup d'oeil sur la santé*, mai, 11 p.

POPKIN, B. M., et C. HAWKES (2015). "*Sweetening of the global diet, particularly beverages: patterns, trends, and policy responses*", *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, vol. 4, nº 2, p. 174-186

SANTÉ CANADA (2007). *Bien manger avec le Guide alimentaire canadien : Ressource à l'intention des éducateurs et communicateurs*, [En ligne]. [www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/educ-comm/resource-ressource-fra.php] (Consulté le 31 mai 2016).

SHIELDS, M., et S. SHOOSHTARI (2001). « Déterminants de l'autoévaluation de la santé », *Rapports sur la santé*, vol. 13, nº 1, p. 39-63.

TOZZI, J., et J. S. DIAMOND (2016) *Global obesity is on the rise. Bloomberg Businessweek Interview Issue 2016*, [En ligne]. [www.bloomberg.com/graphics/2016-global-obesity/] (Consulté le 16 août 2016).

TRAORÉ, I. et autres (2014). *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2013. Évolution des comportements au cours des 15 dernières années*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 208 p.

Annexe

CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION

PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES ET SOCIOÉCONOMIQUES

Niveau de scolarité: se définit comme étant le plus haut niveau de scolarité complété par un individu et est présenté en indiquant le diplôme le plus élevé obtenu. Quatre catégories ont été retenues : niveau inférieur au DES, diplôme d'études secondaires (DES), diplôme d'études collégiales, diplôme d'études universitaires. La seconde catégorie (DES) inclut aussi les études partielles menées au niveau suivant. La troisième catégorie comprend les diplômes ou certificats d'études d'un cégep, d'une école de métiers ou d'une école de formation professionnelle et les études partielles à l'université.

Mesure de faible revenu: la Mesure de faible revenu (MFR) est un indicateur qui se calcule à partir du revenu du ménage et du nombre de personnes dans le ménage et se divise en deux catégories : les ménages à faible revenu (sous le seuil de faible revenu) et les autres ménages (dont le revenu est égal ou supérieur au seuil de faible revenu). « En termes simples, la MFR est un pourcentage fixe (50 %) du revenu ménager médian « ajusté », ce dernier terme traduisant la prise en compte des besoins du ménage »[1]. Les ajustements du revenu avec cette mesure tiennent compte qu'à revenu égal, les ménages plus grands ont davantage de besoins de base, mais tiennent également compte du fait que l'ajout d'une personne dans un grand ménage est moins coûteux que dans un petit ménage, des économies d'échelle pouvant être faites.

Composition du ménage: indicateur permettant de caractériser le type de situation correspondant au logement du répondant en tenant compte de tous les membres du ménage. Le ménage inclut la ou les personnes occupant un même logement (un logement privé dans l'EQSP 2014-2015). Cinq catégories ont été établies : personne vivant seule, couple sans enfant, couple avec enfants, famille monoparentale, autre. Cette dernière catégorie inclut principalement des ménages composés de personnes apparentées par des liens autres que conjugaux ou filiaux ou de personnes non apparentées (colocataires).

Occupation principale : correspond à l'activité exercée de manière habituelle au cours des 12 derniers mois. Cet indicateur comprend quatre catégories : les travailleurs, les étudiants, les personnes sans emploi, les retraités. Les travailleurs comprennent les personnes occupant un emploi à temps plein ou partiel ainsi que les travailleurs en congé (maladie, maternité ou paternité, etc.). Les personnes sans emploi incluent les personnes qui reçoivent des prestations (assurance-emploi, aide sociale) et celles qui restent à la maison.

1. Pour plus de détails sur cet indicateur, consulter le site de Statistique Canada : www.statcan.gc.ca/pub/75f0002m/2012002/lim-mfr-fra.htm

Tableau A1
Répartition de la population de 15 ans et plus selon le sexe et l'âge, Québec, 2014-2015

	Total	Hommes	Femmes
		%	
Total 15 ans et plus	100,0	49,5	50,5
15-24 ans	14,4	14,7	14,1
25-44 ans	31,5	32,4	30,6
45-64 ans	34,2	34,8	33,6
65 ans et plus	19,9	18,1	21,7

Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

Tableau A2
Caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques selon le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 2014-2015

	Total	Hommes	Femmes
		%	
Niveau de scolarité			
Niveau inférieur au DES	21,0	22,0[a]	20,0[a]
Diplôme d'études secondaires (DES)	23,5	23,5	23,6
Diplôme ou certificat d'études collégiales[1]	28,9	28,6	29,1
Diplôme d'études universitaires	26,6	25,8[a]	27,4[a]
Mesure de faible revenu			
Ménages à faible revenu	24,0	21,1[a]	26,9[a]
Autres ménages	76,0	78,9[a]	73,1[a]
Composition du ménage			
Personne vivant seule	16,8	14,8[a]	18,8[a]
Couple sans enfant	29,5	30,9[a]	28,1[a]
Couple avec enfants	35,8	37,9[a]	33,6[a]
Famille monoparentale	7,1	5,1[a]	9,1[a]
Autre	10,8	11,2	10,4
Occupation principale			
Travailleurs	59,0	63,7[a]	54,5[a]
Étudiants	12,9	12,3[a]	13,4[a]
Personnes sans emploi	6,0	3,9[a]	8,0[a]
Retraités	22,1	20,1[a]	24,1[a]

a : Pour une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les hommes et les femmes au seuil de 0,01.

1. Cette catégorie inclut aussi le diplôme ou le certificat d'études d'une école de métiers ou de formation professionnelle.

Note : Toutes les estimations présentées ont un coefficient de variation inférieur à 15 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

Tableau A3
Caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques selon l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2014-2015

	15-24 ans	25-44 ans	45-64 ans	65 ans et plus
	%			
Niveau de scolarité				
Niveau inférieur au DES	31,2 [a]	8,4 [a]	16,9 [a]	41,2 [a]
Diplôme d'études secondaires (DES)	31,2 [a]	14,8 [a]	28,0 [a]	24,3 [a]
Diplôme ou certificat d'études collégiales [1]	29,8 [a]	36,2 [a,b]	29,3 [b]	15,5 [a,b]
Diplôme d'études universitaires	7,9 [a]	40,6 [a]	25,8 [a]	19,0 [a]
Mesure de faible revenu				
Ménages à faible revenu	28,3 [a]	20,0 [a]	18,3 [a]	37,4 [a]
Autres ménages	71,7 [a]	80,0 [a]	81,7 [a]	62,6 [a]
Composition du ménage				
Personne vivant seule	4,2 [a]	11,5 [a]	17,2 [a]	33,9 [a]
Couple sans enfant	8,4 [a]	16,4 [a]	37,4 [a]	51,9 [a]
Couple avec enfants	53,5 [a]	53,2 [b]	30,6 [a,b]	4,1 [a,b]
Famille monoparentale	12,3 [a,b]	7,9 [a]	7,0 [b]	2,3 [a,b]
Autre	21,6 [a,b]	11,0 [a,b]	7,9 [a]	7,7 [b]
Occupation principale				
Travailleurs	26,9 [a]	86,8 [a]	75,5 [a]	11,0 [a]
Étudiants	71,4 [a]	7,1 [a]	0,6 [a]	0,1** [a]
Personnes sans emploi	x	6,1 [a]	9,0 [a]	3,8 [a]
Retraités	x	0,1** [a]	14,9 [a]	85,2 [a]

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise, fournie à titre indicatif seulement.

x Donnée confidentielle.

a, b : Pour une variable donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les âges au seuil de 0,01.

1. Cette catégorie inclut aussi le diplôme ou le certificat d'études d'une école de métiers ou de formation professionnelle.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2014-2015.

Des statistiques sur le Québec d'hier et d'aujourd'hui pour le Québec de demain

Le rapport de la deuxième édition de l'*Enquête québécoise sur la santé de la population*, réalisée en 2014-2015, dresse un portrait statistique à l'échelle provinciale de certains aspects de la santé des Québécois de 15 ans et plus vivant dans un logement non institutionnel. Il touche aux habitudes de vie et aux comportements préventifs ou à risque, à l'état de santé physique et mentale, à la santé environnementale et à la santé au travail, et permet de suivre l'évolution d'un certain nombre d'indicateurs depuis la première édition de l'enquête menée en 2008. Les données ont été recueillies auprès de 45 760 personnes dans 17 régions sociosanitaires.

Institut de la statistique Québec